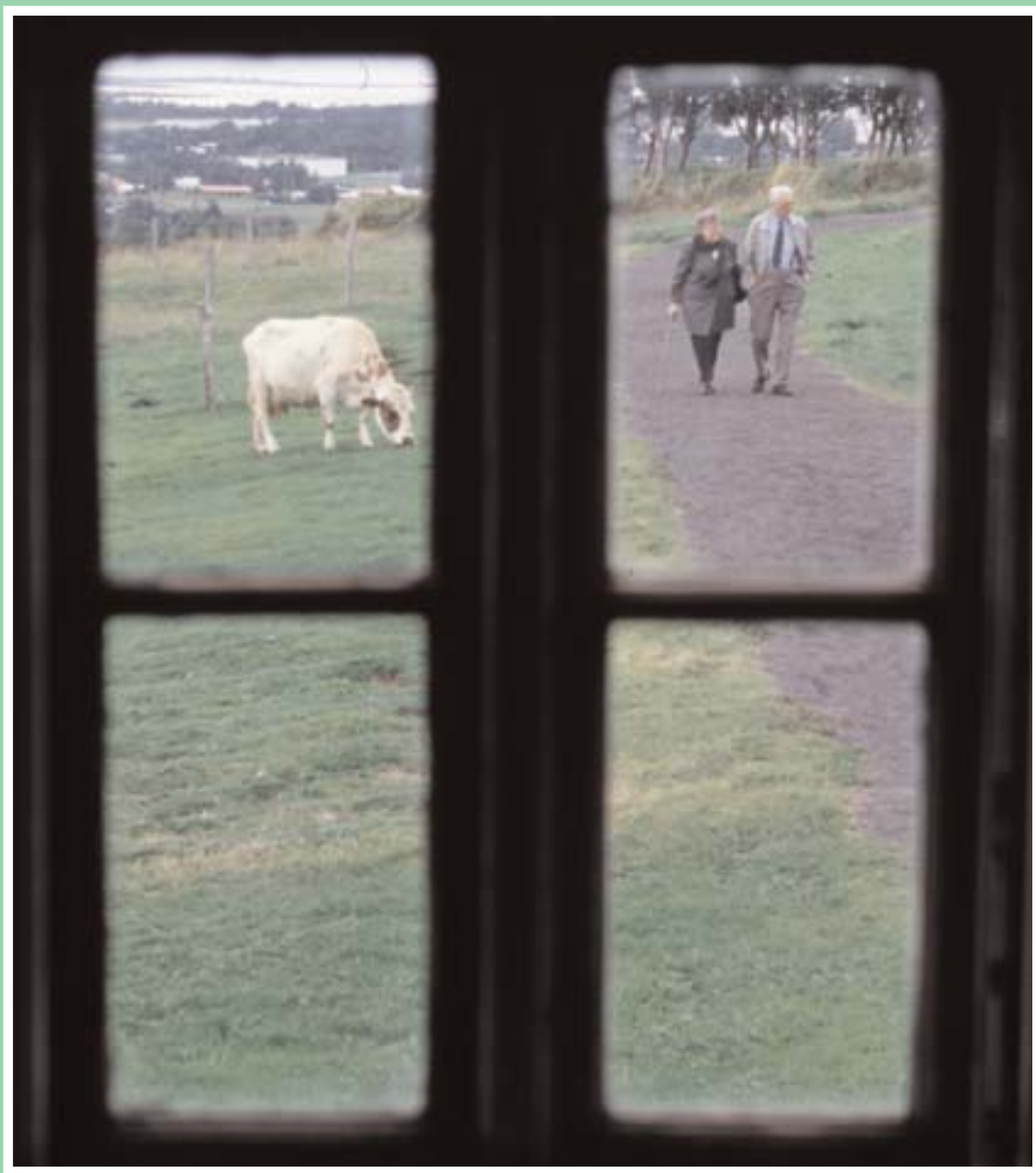


2. tbl. 19. árg
2001
September

ÖLDRUN

Tímarit um öldrunarmál



Heilabilun og geðsjúkdómar meðal eldra fólks
Heilsueflandi heimsóknir til aldraðra
Lewy sjúkdómur • Skert innsæi í Alzheimerssjúkdómi
Hópmeðferð fyrir aldraða



Gefið út af Öldrunarfræðafélagi Íslands

Orudis® hlaup

- góð lausn við verkjum

Áhrifaríkt¹

við verkjum eftir bráða áverka eða áreynslukvilla

Öruggt¹

lág tíðni aukaverkana

Góður kostur

fyrir íþróttafólk og einstaklinga með staðbundna verki og bólgu í stoðkerfi

Innihaldslýsing:

Virka efnið í Orudis® hlaupi er ketóprófen 25 mg/g. Hlaupið inniheldur einnig ýmis hjálparefni.

Hvaða verkun hefur lyfið?

Það er bólgueyðandi og verkjastillandi.

Lyfið er meðal annars notað við:

- Tognum og öðrum áverkum.
- Staðbundnum verkjum og bólgu í stoðkerfi.
- Áreynslukvillum eins og tennisolnboga, sinasliðursbólgu og beinhimnubólgu.

Lyfið á ekki að nota ef viðkomandi:

- Er með ofnæmi fyrir asetýlsalisýlsýru eða öðrum bólgu-eyðandi lyfjum.
- Er með sýkingar, exem, bólur eða opin sár á því húðsvæði sem á að meðhöndla.
- Er barnshafandi eða með barn á brjósti.

Hvaða aukaverkanir getur lyfið haft?

Staðbundin einkenni á húð eins og roða og kláða.

Hvernig á að nota lyfið?

Orudis® hlaupinu er nuddað inn í húðina í nokkrar mínútur. Lyfið má nota 2-3 sinnum á dag en þó ekki meira en 15g á dag (15g samsvara um 28cm).

Varúðarreglur:

- Lyfið má ekki komast í snertingu við slímhimnur eða augu.
- Varast skal sólarljós og ljósabekki meðan á meðferð stendur.
- Þeir sem eru með skerta lifrar-, nýrna- eða hjartastarfsemi ættu að ráðfæra sig við lækni áður en byrjað er að nota lyfið.
- Lyfið er ekki ætlað börnum.

Orudis® hlaup 2,5% er fáanlegt án lyfseðils í apótekum í 60g túpum.

Lesið vandlega leiðbeiningar sem fylgja lyfinu.

Umboð á Íslandi: Pharmaco hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabær.

Heimild:

1 Moore RA. et al. *British Medical Journal* 1998; 316: 333-338.



ÖLDRUN

19. árg. 2. tbl. 2001

EFNISYFIRLIT:

Heilabilun og geðsjúkdómar meðal eldra fólks – rannsókn gerð í heilsugæslu María Ólafsdóttir	4
Heilsueflandi heimsóknir til aldraðra – tilraunaverkefni í heilsuvernd Kristín Sigursveinsdóttir Inga Dagný Eydal	10
Lewy sjúkdómur Jón Snædal	14
Skert innsæi (anosognosia) í Alzheimerssjúkdómi Kristín Hannesdóttir Robin G. Morris	18
Hópmæðferð fyrir aldraða Sæmundur Haraldsson	24
Priðja tannsettið Íris Bryndís Guðnadóttir	30
Ráðstefnur	
Frá fagbókasafni í öldrunarfæðum Landakoti	32
Samskipti aðstandenda og starfsfólks á hjúkrunarheimilum Margrét Gústafsdóttir	34
Ráðstefnur	36



ÚTGEFANDI:

Öldrunarfræðafélag Íslands
Pósthólf 8391, 128 Reykjavík

ÁBYRGÐARMAÐUR:
Berglind Magnúsdóttir

UMSJÓN AUÐLÝSINGA:
Öflun ehf. – Faxafeni 5

UMBROT OG PRENTUN:
Steindórsprent Gutenberg ehf

UPPLAG:
500 eintök
Tímaritið Öldrun kemur út
tvisvar á ári

Forsíðumynd: Róbert Fragapane

STJÓRN
ÖLDRUNARFRÆÐAFÉLAGS ÍSLANDS
(frá mars 2001)

Sigríður Jónsdóttir, formaður
Marta Jónsdóttir, ritari
Ólafur Þór Gunnarsson, gjaldkeri
Berglind Magnúsdóttir, meðstjórnandi
Ella Kolbrún Kristinsdóttir, meðstjórnandi
Steinunn K. Jónsdóttir, varastjórn
Kristín Einarsdóttir, varastjórn

ISSN 1607-6060

Frá ritnefnd

Þann 28. mars sl. var aðalfundur Öldrunarfræðafélags Íslands haldinn. Framhaldsfundur var haldinn þann 30. maí vegna ýmissa lagfæringa á lögum félagsins.

Nýr formaður var kjörinn Sigríður Jónsdóttir, félagsfræðingur á rannsóknar- og þróunarsviði Félagsþjónustunnar í Reykjavík. Steinunn K. Jónsdóttir, fráfari formaður, gaf ekki kost á sér áfram og voru henni þökkuð vel unnin störf. Hún mun þó samkvæmt hefð sitja áfram í varastjórn.

Aðrir í núverandi stjórn Ö.F.F.Í. eru Ólafur Þór Gunnarsson öldrunarlæknir sem er gjaldkeri félagsins, Marta Jónsdóttir hjúkrunarfræðingur sem er ritari, Berglind Magnúsdóttir sálfræðingur sem er jafnframt í ritnefnd Öldrunar og þar með ábyrgðarmaður blaðsins og Kristín Einarsdóttir iðjuþjálf. Ella Kolbrún Kristinsdóttir dósent í sjúkrahjálfun situr í varastjórn ásamt Steinunni. Endurskoðendur félagsins verða áfram Gunnhildur Sigurðardóttir og Jónas Ragnarsson.

Þeir sem gengu úr gömlu stjórninni voru Jóhanna Rósa Kolbeins, Hlíf Guðmundsdóttir og Svavar Stefánsson. Voru þeim einnig þökkuð vel unnin störf.

Í þessu hefti Öldrunar eru fjölbreytilegar og spennandi greinar að vanda. Næstu námstefnu Öldrunarfræðafélagsins eru gerð skil, ýmsar ráðstefnur auglýstar og ýmislegt fleira. Næsta hefti kemur út í febrúar 2001. Hafði samband við ritnefndina ef þið lúmið á efni.

Ársæll Jónsson, öldrunarlæknir
(arsaellj@landspitali.is)

Berglind Magnúsdóttir, sálfræðingur
(bergblind@landspitali.is)

Hanna Lára Steinsson, félagsráðgjafai
(hannals@landspitali.is)

Jóhanna Rósa Kolbeins, iðjuþjálf
(johannak@mi.is)

Heilabilun og geðsjúkdómar meðal eldra fólks

– rannsókn gerð í heilsugæslu.

María Ólafsdóttir

M.D. Ph.D.

Heilsugæslulæknir, Heilbrigðis-
stofnun Suðurnesja



Í nýútgefinni doktorsritgerð Maríu Ólafsdóttur kemur m.a. fram að meira en þriðjungur skjólstæðinga heilsugæslu í Svíþjóð, 70 ára og eldri, eru með heilabilun eða geðsjúkdóm. Flestir þessara sjúklinga höfðu ekki fengið þessar greiningar áður. Heilsugæslan gegnir mikilvægu hlutverki í greiningu og meðferð heilabilunar og geðsjúkdóma aldraðra og ætla má að líklegast sé að greina þessa sjúkdóma þar vegna langvarandi tengsla við sjúklinga og aðstandendur. Mikilvægt er að leita þeirra með skoðun og prófunum jafnframt því að hafa gott samstarf við alla aðila sem koma að umönnun eldri sjúklinga sérstaklega þeirra sem hafa heilabilun.

Inngangur

Heilabilun (dementia) hrjáir 5-15% fólks, 70 ára og eldri, samkvæmt alþjóðlegum rannsóknum. Tíðni þessi margfaldast með hækkunum aldri [1]. Hlutfall aldraðra í flestum þjóðfélögum fer vaxandi og þar með fjöldi heilabilaðra og hefur það þegar skapað veruleg vandamál. Á Íslandi er nú talið að um 3000 manns séu með heilabilun og getur það látið nærri sé reiknað með að um 30 þúsund Íslendingar séu 65 ára og eldri. Ljóst er að kostnaður samfélags við greiningu, meðferð og umönnun heilabilaðra er gífurlegur, talinn vera allt að 40 milljarðar sænskra króna á ári í Svíþjóð [2]. Í Svíþjóð (íbúafjöldi: um 9 milljónir) þar sem rannsókn þessi sem greint verður frá var gerð, má gera ráð fyrir því að 20-25 þúsund manns fái heilabilun á hverju ári. Faraldursfræðilegar rannsóknir á tíðni þunglyndis og kvíða meðal skjólstæðinga heilsugæslu eru flestar unnar á yngri aldurshópum, en tíðni meðal eldri er talin vera um 10-30 % [3] [4].

Mikilvægi þess að greina nákvæmlega sjúkdóma sem hafa áhrif á vitræna getu eldra fólks er margvíslegt. Almenn viðhorf og fordómar eru algeng hindrun þess að slík einkenni séu rædd og að viðeigandi hjálpar sé leitað [5]. Margir hafa haldið því fram að mikilvægt sé að segja sjúklingum, sem greinst hafa með heilabilun, ekki frá þeirri greiningu þar sem það komi honum og aðstandendum úr jafnvægi [6, 7]. Nokkrar rannsóknir sýna að svo er ekki. Þeir er málið varðar, þ.e. sjúklingurinn sjálfur og aðstandendur hans, vilja vita eins mikið og hægt er um greininguna og horfur þar sem það er þeim mikilvægt til að mæta framþróun sjúkdómsins á viðeigandi hátt [8].

Í fyrsta lagi er mikilvægt að greina ýmsa vel með höndlanlega sjúkdóma sem geta líkst heilabilun t.d. efnaskiptasjúkdóma, lyfjaáhrif og þunglyndi. Einnig geta ýmsir sjúkdómar t.d. kvíði, sykursýki eða illa meðhöndlaður háþrýstingur valdið versnun einkenna. Mikilvægi þess að greina um hvers konar heilabilun er að ræða hefur aukist með tilkomu nýrra lyfja sem beita má gegn Alzheimers sjúkdómi [9]. Snemmgreining eykur líkur þess að meðferð beri árangur. Heimilis-

læknirinn, ásamt öðrum starfsmönnum heilsugæslu, hefur vegna langvarandi kynna af sjúklingum og fjölskyldum þeirra, góða möguleika til að greina heilabilun snemma [10]. Greining heilabilunar er að mestu leyti klínísk og þar skiptir sjúkrasaga og skoðun mestu.

Rannsókn

Rannsókn á tíðni og greiningu geðsjúkdóma og heilabilunar var unnin á árunum 1995-1997 í Linköping í Svíþjóð [11-13]. Einstaklingum 70 ára og eldri, sem komu til læknis á heilsugæslustöð (N=1339), var boðið að taka Mini Mental próf (Mini-Mental State Examination [14], MMSE) og tilviljanakennt úrtak þess hóps var síðar rannsakað frekar með viðtali í heimahúsi (N=350). Gerð var ítarleg athugun á geðrænu ástandi með almennri geðskoðun og aðstoð staðlaðra spurningalista (MMSE og CPRS=Comprehensive Psychopathological Rating Scale) [15]. Ennfremur var tekið viðtal við aðstandendur í síma (N=350). Við sjúkdómsgreiningu var stuðst við skilgreiningar ameríska geðlæknafélagsins (DSM-III-R) [16]. Sjúkraskrár sjúklinganna (N=350), til og með þeim degi sem sjúklingur var skráður í rannsókn, voru lesnar og skráðar. Ellefu læknar voru starfandi við heilsugæsluna.

Heilabilun:

Tíðni heilabilunar í þessu úrtaki var 16 % (N=57), 15 % hjá körlum, 17 % hjá konum og önnur 3 % (N=11) til viðbótar voru flokkuð sem hugsanleg heilabilun. Hjá hinum heilabíluðu höfðu 37% væga bilun, 46% flokkuðust til miðlungsbilunar og 17% höfðu alvarlega heilabilun (flokkun samkvæmt getu sjúklings að sjá um sig, DSM-III-R).

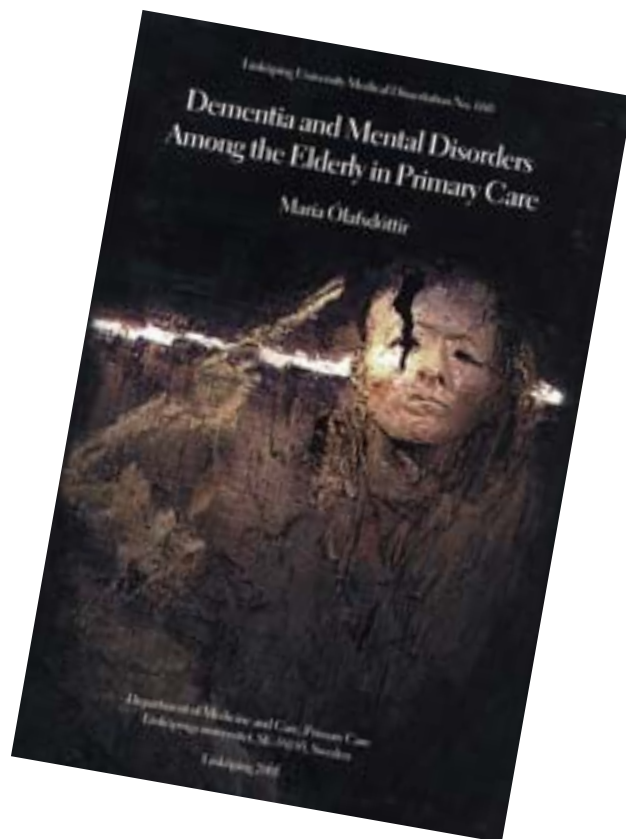
Til að kanna greiningu heilabilunar og geðsjúkdóma voru rannsóknarviðtölin borin saman við athugasemdir og greiningu samkvæmt sjúkraskrár viðkomandi.

Vitræn truflun eða heilabilun var nefnd af heimilislækni í sjúkraskrá 14 af 57 heilabílaðra eða í 25% tilfella og í einu af 11 tilfellum (9%) hugsanlegrar heilabilunar. Þessar niðurstöður eru studdar af fyrri rannsóknum sem benda til þess að heilabilun sé mjög vöðgreind [17-19]. Af ýmsum þáttum sem rannsakaðir voru, þá var það aðeins lengd og alvarleiki heilabilunar sem juku líkur á greiningu. Meirihluti heilabílaðra sjúklinga í rannsókninni (60%) höfðu hinsvegar skráða geðsjúkdóma í sjúkraskrá, 11% voru tilgreindir þunglyndir, 23% með kvíða og 32% með svefntruflanir (sjá Töflu 1).

Ef notuð hefðu verið hefðbundin viðmið með skurðlínu 23/24 stiga (af 30) í MMSE-prófi, hefðu margir heilabílaðra sjúklinga í þessari rannsókn ekki greinst þar sem 70% vægra tilfella og 30% meðalslæmra tilfella fengu fleiri en 23 stig.

Geðsjúkdómar

Í rannsókn þessari útilokaði heilabilun aðrar greiningar þ.e. þá taldist sjúklingur ekki hafa geðsjúkdóma (sem er vissulega mjög algengt meðal heilabílaðra).



Önnur 17% af eldri skjólstaðingum heilsugæslunnar reyndust samkvæmt DSM-III-R hafa geðsjúkdóm. Tólf prósent höfðu þunglyndi og 11% kvíðasjúkdóm, margir hvort tveggja.

Greining þessara sjúkdóma samkvæmt skráningu í sjúkraskýrslu var einnig afar lág, 12% sjúklinga voru áður greindir með þunglyndi en 30% kvíðasjúklinga voru þekktir.

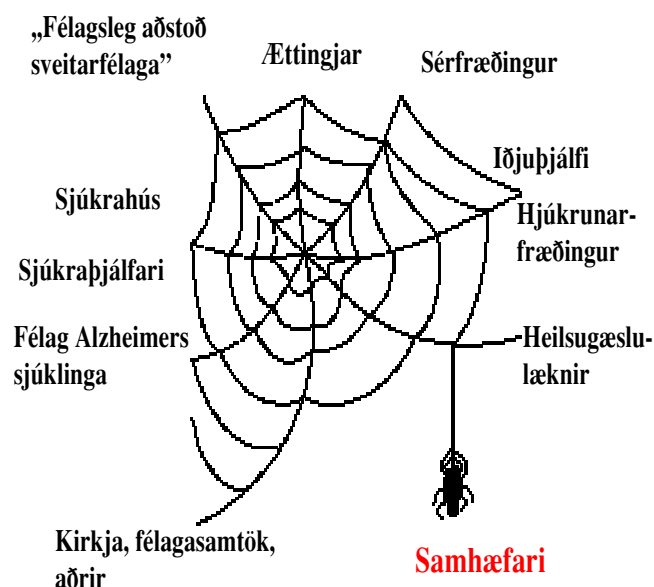
Eins og sjá má í töflu 1 var nokkuð um að sjúklingar fengju geðgreiningu í sjúkraskrá sem ekki greindust í DSM-III-R greiningu. Ef lagðir eru saman þeir sjúklingar sem höfðu greiningu í sjúkraskrá og úr rannsókn má segja að 40% skjólstaðinganna höfðu geðsjúkdóm eða heilabilun (þeir sem höfðu hvort tveggja voru ekki tvítaldir).

Notkun geðlyfja

Farið var yfir notkun geðlyfja samkvæmt upplýsingum frá sjúklingi og sjúkraskrá. Fjórðungur hópsins notaði einhver geð- eða svefnlyf. Tafla 2 sýnir notkun miðað við mismunandi greiningar bæði samkvæmt DSM-III-R og svo sjúkraskrá. M.a. sést að 17% þeirra sem greinast með þunglyndi í rannsókninni eru með þunglyndislyf en mun fleiri með róandi lyf. Tæplega helmingur heilabílaðra var á einhverju geðlyfi.

Viðhorf heimilislækna til greiningar og umönnunar sjúklinga með heilabilun.

Í bréflegri könnun [16] komu fram viðhorf sænskra heimilislækna til umsýslu heilabílaðra í heilsugæslu. Heimilislæknar sýndu góða þekkingu á



Mynd 1. Hlutverk „samhæfara“ vegna sjúklinga með heilabilun. Samhæfa og nýta alla fagaðila og annan stuðning sem fánlegur er.

einkennum heilabilunar. Samt töldu flestir þeirra að þekkingu þeirra væri ábótavant og vildu meiri fræðslu á þessu sviði. Læknarnir vanmátu tíðni heilabilunar. Heimilislæknar töldu að þeir og aðrir starfsmenn heilsugæslu væru líklegastir til að óska eftir mati á heilabilunareinkennum, sem ítrekar ábyrgð heilsugæslunnar á því að greina heilabilun snemma. Kvartanir aðstandenda um minnisleysi sjúklinga voru líklegastar til vekja grun um heilabilun viðkomandi.

Það var skoðun heimilislæknanna að sú lyfjameðhöndlun við Alzheimer sem er til, réttlætti leit að sjúklingum með heilabilun á vettvangi heilsugæslunnar. Samt sem áður voru 53% læknanna á þeirri skoðun að virkni þeirra til lækningar eða meðhöndlunar heilabilunar væri lítil. Hvort gefa ætti lyf vegna heilabilunar byggðist aðallega á því á hvaða stigi heilabilunin væri.

Heimilislæknarnir töldu ekki greiningu sjúkdómsins vera helsta vanda í sambandi við sjúklinga með heilabilun. Erfiðast virtist vera mat á félagslegum aðstæðum sjúklinganna og að koma á því félagslega neti sem þörf er á.

„Meiri tími fyrir hvern sjúkling“ var það atriði sem 69% heimilislækna sögðu vera það atriði sem gæti haft mest áhrif til að bæta greiningu heilabilunar. Læknarnir töldu einnig mikilvægt að hafa í heilsugæslunni einhvern skilgreindan samræmingaraðila vegna meðferðar/umönnunar heilabilaðra.

Umræða

Rétt er að geta þess að heilsugæsla (primary care) hefur skýrara hlutverk í Svíþjóð en hér á landi. Þar

leitar fólk nánast alltaf fyrst til heilsugæslu með sín heilsufarslegu vandamál og eftirfylgni flestra langvinnra sjúkdóma fer fram hjá heimilislækni. Á Íslandi er óhindraður aðgangur að læknum sérgreina og starfsvettvangur þeirra að stórum hluta á stofu, því sinna þeir oft sjúklingum sem t.d. í Svíþjóð væru í höndum heimilislækna.

Skýring vangreiningar á heilabilun og geðsjúkdómum aldraðra eins og kom fram í ofangreindri rannsókn gæti verið eftirfarandi: Oftast hefur heimilislæknir mjög takmarkaðan tíma með sjúklingi. Mikill meirihluti sjúklinga leitaði læknis vegna annarra vandamála en geð- eða vitrænna. Þetta kann að draga úr líkum þess að læknir greini væg tilfelli heilabilunar þar sem hann er líklegur til að binda skoðun sína meira við það vandamál sem sjúklingur leitar til hans með. Hins vegar kom það í ljós í þessari rannsókn að heimilislæknir hitti hvern sjúkling að meðaltali 5 sinnum á ári. Ein ástæða þess að heilabilun var ekki tilgreind í sjúkraskýrslum þessara sjúklinga kann að vera að skráning greininga virtist mjög tengd meðhöndlun vandamála. Niðurstöður rannsóknarinnar kunna því að endurspeglar þau viðhorf lækna að frekar lítill möguleiki sé á árangursríkri meðhöndlun heilabilunar frekar en skortur á greiningu sjúkdómsins. Meirihluti heilabilaðra sjúklinga í rannsókninni (60%) höfðu greiningu geðrænna einkenna í sjúkraskrá. Hugsanleg skýring kann að vera sú að geðræn einkenni skyggi á vitræna truflun, að minnsta kosti í vægum tilfellum, en einnig kann skýringin að vera að við höfum fleiri möguleika til meðhöndlunar slíkra vandamála en heilabilunar.

Almenn skimun heilabilunar í óskiptum hópi aldraðra hefur ekki verið ráðlögð hingað til vegna ófullnægjandi vísbendinga um fjárhagslega hagkvæmni slíkrar skimunar [20]. Til að réttlæta slíka skimun þyrfti að finna þrengri áhættuhóp. Ein leið til að velja í þann hóp er að spyrja aldraða skjólstaðinga/sjúklinga hvort þeir hafi upplifað skýrar minnistrufanir þar sem slíkt gefur töluverða vísbendingu um heilabilun [21].

Hvernig á að auka snemmgreiningu heilabilunar í heilsugæslunni?

Nokkrir þættir eru taldir geta bætt greiningu bæði heilabilunar og geðrænna einkenna aldraðra í heilsugæslu. Í nokkur ár hefur víða verið unnið að betri greiningu með fræðsluherferðum [22] með einhverjum en þó takmörkuðum árangri. Nokkrir kvarðar og gátlistar hafa verið kynntir en árangurinn hefur valdið vonbrigðum.

Aldraðir sjúklingar með heilabilun eða geðræn einkenni falla vel inn í markhóp og viðfangsefni heimilislækna [23]. Í Svíþjóð sem og í mörgum öðrum löndum upplifa heimilislæknar, af ýmsum ástæðum, síaukinn vanda við að mæta kröfum sjúklinga sinna. Fyrir utan tímaskort þá tilgreindu læknar í rannsókninni, mat á félagslegri aðstöðu sjúklinga sem erfiðasta þáttinn í

umönnun heilabilaðra. Í Svíþjóð er góð reynsla af „sykursýkis-hjúkrunarfræðingum“ sem eru sérþjálfaðir hjúkrunarfræðingar í að fylgja eftir meðhöndlun sykursjúkra í heilsugæslu. Mikilvægasta hlutverk læknisins er hins vegar greining sjúkdóma og læknisfræðilegt mat. Með því að leggja áherslu á það hlutverk og tryggja að annar hafi samhæfingarhlutverkið væri bæði hægt að bæta snemmgreiningu heilabilunar og hámarka og samhæfa þann stuðning sem fyrir er og þarf fyrir sjúkling og fjölskyldu hans (sjá mynd 1).

Þar sem meginvandinn hingað til í greiningu og umönnun (management) heilabilaðra er vangreining [24] þá er mikilvægt að koma við einhverskonar skimun eða hlutlægu mati hjá áhættuhópi aldraðra á heilsugæslu. MMSE-próf gagnast vel til skimunar eða forprófunar og er auðvelt í notkun fyrir starfsmenn heilsugæslunnar. Þó þarf að hækka viðmiðunarmörk og líta á prófið meira sem hluta af nánari skoðun ef einhver grunur um heilabilun vaknar. Ýmislegt annað en heilabilun getur gefið lækkan á MMSE-stigum en oft þekkir heilsugæslulæknirinn til þessa og ef ekki, er næg ástæða til frekari rannsóknar.

Búast má við að á komandi árum komi bætist við meðferðarúrræði fyrir sjúklinga með heilabilun bæði með Alzheimers sjúkdóm, æðaheilabilun og aðra heilabilunarsjúkdóma sem auka enn kröfur um nákvæma greiningu til að sjúklingar fái tækifæri að nýta sér meðferð og hindra sjúkdóminn. Mikilvægasta með-

Tafla 1: Rannsóknargreiningar samkvæmt DSM-III-R borið saman við skráningu í sjúkraskrá meðal 350 sjúklinga í heilsugæslu, Linköping 1994-1996.

Rannsókn	Sjúkraskrár					
	Enginn Geð/hb (N=259) n (%)	Einhver Geð/hb (N=91) n (%)	Heilabilun (N=14) n (%)	Þunglyndi (N=22) n (%)	Kvíði (N=40) n (%)	Svefn truflanir (N=55) n (%)
Enginn geð/hb (N=233)	199 (85)	34 (15)	0	8 (3)	14 (6)	21 (9)
Einhver geð/hb (N=117)	60 (51)	57 (49)	14 (12)	14 (12)	26 (22)	34 (30)
Heilabilun (N=57)	23 (40)	34 (60)	14 (25)	6 (11)	13 (23)	18 (32)
Þunglyndi (N=42)	27 (64)	15 (36)	0	5 (12)	6 (14)	10 (24)
Kvíði (N=37)	19 (51)	18 (49)	0	5 (14)	11 (30)	14 (38)

Sami sjúklingur getur haft fleiri en eina greiningu. Svefntruflanir voru ekki greindar í rannsókn. Greiningar í sjúkraskrá útlökuðu ekki hvor aðra. Samkvæmt skilgreiningu gátu þeir sem höfðu heilabilun samkvæmt DSM-III-R ekki haft geðsjúkdóm. Prósentutölur eru hlutfall sjúklinga í rannsókn sem höfðu sjúkdóm skráðan í sjúkraskrá. Feitlettruð prósentar : greiningartíðni (detection rate).
Geð/hb=geðsjúkdómur/heilabilun

Tafla 2: Notkun geðlyfja hjá 350 sjúklingum með mismunandi greiningar samkvæmt rannsókn (DSM-III-R) annars vegar og sjúkraskrá hins vegar.

	Benso-diazepin %	Önnur róandi lyf %	Þunglyndis lyf %	Eitthvert geðlyf %
Allir (N=350)	16	14	6	25
Karlar (N=143)	9	13	2	19
Konur (N=207)	21 **	16	9 *	29 *
RANNSÓKN				
Engin geð/hb greining (N=233)	9	9	3	15
Heilabilun (N=57)	30	25	9	44
Þunglyndi (N=42)	26	26	17	38
Kvíði (N=37)	38	32	14	49
SJÚKRASKRÁR				
Engin geð/hb greining (N=259)	2	2	0	4
Heilabilun (N=14)	14	43	14	57
Þunglyndi (N=22)	50	32	77	82
Kvíði (N=40)	80	38	25	88
Svefntruflanir (N=55)	64	78	20	91

Munur milli kynja: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$.
Sami sjúklingur getur haft fleiri en eitt lyf.
Geð/hb=geðsjúkdómur/heilabilun

ferðin er þó enn í dag rétt og fagleg umönnun og þar eykst vitneskjan einnig hröðum skrefum. Horft er meira á það sem einstaklingurinn getur þrátt fyrir skerðingu og kalla það fram.

Hvað meðferð geðrænna einkenna og sjúkdóma snertir, þá svarar eldra fólk eins vel meðferð og yngra fólk, bæði lyfja- og samtalsmeðferð. Því er kannski enn alvarlegra að greina ekki slíkt.

Eins og heilsugæslan starfar í dag er ekki almennt leitað að sjúkdómum meðal skjólstæðinga, heldur leyst úr því sem fólk greinir frá. Því eru upplýsingar og fræðsla til almennings um einkenni og meðferðarmöguleika eitt af mikilvægari viðfangsefnum til að greina og bæta liðan eldra fólks með geðræn einkenni og skerta vitræna getu.

Heimildir :

1. Jorm, A., *The epidemiology of Alzheimer's disease and related disorders*. 1990, London: Chapman and Hall.
2. Wimo, A., et al., *Cost of illness due to dementia in Sweden*. Int J Geriatr Psychiatry, 1997. 12(8): p. 857-61.
3. Katona, C., *Depression in Old Age*. 1994, Chichester, UK: Wiley.
4. Lecrubier, Y. and T.B. Ustun, *Panic and depression: a worldwide primary care perspective*. Int Clin Psychopharmacol, 1998. 13(Suppl 4): p. S7-11.
5. Jorm, A.F., et al., „Mental health literacy”: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. Med J Aust, 1997. 166(4): p. 182-6.
6. Marzanski, M., *Would you like to know what is wrong with you? On telling the truth to patients with dementia*. J. Med Ethics 2000 Apr. 26(2): p. 108-13.
7. Pinner, G., *Truth-telling and the diagnosis of dementia*. Br. J Psychiatry 2000 Jun. 176: p. 514-5.
8. Robinson, P., S.L. Ekman, and L.O. Wahlund, *Unsettled, uncertain and striving to understand: toward an understanding of the situation of persons with suspected dementia*. Int J Aging Hum Dev, 1998. 47(2): p. 143-61.
9. Anonymous, *The challenge of the dementias. Writing Committee, Lancet Conference 1996*. Lancet, 1996. 347(9011): p. 1303-7.
10. Downs, M.G., *The role of general practice and the primary care team in dementia diagnosis and management*. Int. J. Ger. Psychiat., 1996. 11: p. 937-942.
11. Olafsdottir, M., I. Skoog, and J. Marcusson, *Detection of dementia in primary care: the Linköping study*. Dement Geriatr Cogn Disord, 2000. 11(4): p. 223-9.
12. Olafsdottir, M., J. Marcusson, and I. Skoog, *Mental disorders among elderly people in primary care: the Linköping study*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2001. Accepted December 2000.
13. Olafsdottir, M., et al., *Mini-Mental State Examination: A Tool for Detecting Dementia in Primary Care?* Submitted, 2001.
14. Folstein, M., S. Folstein, and P. McHugh, „Mini-mental state”: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res, 1975. 12: p. 189-198.
15. Åsberg, M., et al., *A comprehensive psychopathological rating scale*. Acta Psychiatr Scand Suppl, 1978. 271: p. 5-27.
16. American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Vol. Third edition, revised. 1987, Washington DC.
17. Bowers, J., et al., *General practitioners' detection of depression and dementia in elderly patients*. Med J Aust, 1990. 153(4): p. 192-6.
18. Cooper, B., H. Bickel, and M. Schaufele, *The ability of general practitioners to detect dementia and cognitive impairment in their elderly patients: A study in Mannheim*. Int. J. Ger. Psychiat., 1992. 7: p. 591-598.
19. O'Connor, D.W., et al., *Do general practitioners miss dementia in elderly patients?* Bmj, 1988. 297(6656): p. 1107-10.
20. Brodaty, H., et al., *Screening for cognitive impairment in general practice: toward a consensus*. Alzheimer Dis Assoc Disord, 1998. 12(1): p. 1-13.
21. Jonker, C., M.I. Geerlings, and B. Schmand, *Are memory complaints predictive for dementia? A review of clinical and population-based studies*. Int. J. Geriatr Psychiatry 2000 Nov. 15(11): p. 983-91.
22. Rix, S., et al., *Impact of a national campaign on GP education: an evaluation of the Defeat Depression Campaign*. Br J Gen Pract, 1999. 49(439): p. 99-102.
23. Mattsson, B. and B. Hovelius, *[This is for primary health to take care of...]*. Lakartidningen, 2000. 97(15): p. 1861-2.
24. Cummings, J.L., *Mini-Mental State Examination. Norms, normals, and numbers*. Jama, 1993. 269(18): p. 2420-1.

Næsta námstefna Öldrunarfræðafélags Íslands í samvinnu við Endurmenntunarsstofnun

Þann 8. nóvember næstkomandi stendur Öldrunarfræðafélag Íslands fyrir námstefnu í húsi Endurmenntunarsstofnunar Háskóla Íslands við Dunhaga í Reykjavík. Námstefnan ber yfyrskriftina: Búseta aldraðra í nútíð og framtíð – Mismunandi búsetuform og þróun þeirra.

Námstefnan er öllum opin, einkum fagfólki á sviði öldrunar- og félagsþjónustu.

Fjallað verður um þróun á búsetuformi aldraðra, sjálfstæði aldraðra og breytingar á lífsháttum í kjölfar breyttrar búsetu. Dæmi verður tekið af hjúkrunarheimili framtíðarinnar og fjallað um stuðning við ákvæði laga um að fóki skuli gert kleift að dvelja heima eins lengi og hægt er og um samþættingu þjónustu við aldraða og yngra fólk.

Umsjón: Kristín Einarsdóttir iðjupjálfi og Marta Jónsdóttir hjúkrunarfræðingur.

Fyrirlesarar: Fagfólk á sviði heilbrigðis- og félagsvísinda.



Góða nótt

Zopiklon NM Pharma

BETRI SVEFN

Zopiklon NM Pharma
Gerard TÖFLUR; N 05 C F 01 R 0
Hver tafla inniheldur:
Zopiclonum INN 7,5 mg.



LYFJAPRÓUN • HUGVIT • GÆÐI
www.delta.is

Ábendingar: Skammtíma meðferð við svefnleysi, svo sem tímabundið svefnleysi og tímabundin hjálpar meðferð við langvarandi svefnferðaleikum. **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtastærðir handa fullorðnum: Venjulegur skammtur er 7,5 mg tekin 15–30 mínútum fyrir svefn. Sjúklingar eiga ekki að taka lyfið inn útafliggjandi vegna hættu á seinkun á frásogi. Aldraðir og sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi eða langvarandi öndunarbilun skulu hefja meðferð með 3,75 mg. Ef þörf er á má auka skammtinn í 7,5 mg. Þótt ekki hafi sést uppsöfnun á lyfinu eða umbrotsefnum þess í nýrnabiluðum er samt mælt með því að þeir byrji meðferð með 3,75 mg. **Skammtastærðir handa börnum:** Engin reynsla er af notkun lyfsins hjá börnum. **Frábendingar:** Börn. Vöðvaslensfár, Ofnæmi fyrir bensódiazepínsamböndum. Alvarlegar öndunartruflanir. Kæfisvefn. Alvarleg lifrabilun. **Varnaðarorð:** Við skerta lifrarstarfsemi eða vöðvaslensfár svo og hjá öldruðum ber að sýna varúð við notkun lyfsins. Einnig skal sýna varúð við samtímis gjöf annarra slævandi lyfja eða samtímis neyslu áfengis. Lyfið getur valdið ávana og fíkn. Ef þróast hefur fíkn í lyfið geta fráhvarfseinkenni eins og höfuðverkur, vöðvaverkir, óstjórnleg hræðsla, áhyggjur, eirðarleysi, rugl og bráðlyndi komið fram, þegar notkun lyfsins er hætt. **Athugið:** Vegna ávanahættu skal meðferðartíminn vera eins stuttur og mögulegt er eða að hámarki 4 vikur. Vara ber sjúklinga við samtímis neyslu áfengis. **Milliverkanir:** Slævandi áhrif geta aukist ef notað samtímis

áfengi eða öðrum lyfum sem slæva miðtaugakerfið. Efni sem draga úr virkni ákveðinna lifrarensima (sérstaklega P450) geta aukið áhrif lyfsins. **Meðganga og brjóstgjöf:** Reynsla af notkun lyfsins hjá þunguðum konum er takmörkuð, en dýratilraunir benda ekki til fösturskemmandi áhrifa. Forðast skal gjöf lyfsins á síðustu þremur mánuðum meðgöngu eða um fæðingu þar sem búast má við áhrifum á hvitvoðunginn eins og lækkuðum líkamshita, slappleika og öndunarslævingu. Þar sem lyfið berst í brjóstamjólk á ekki að gefa það konum með barn á brjósti. **Akstur og stjórnun vinnuvéla:** Slæving, minnisleysi, minnkuð einbeiting og minnkuð vöðvastarfsemi getur haft áhrif á hæfileikann til að stjórna vélknúnum ökutækjum sem og öðrum vélknúnum tækjum. Því ber að vara sjúklinga við stjórnun vélknúinna ökutækja/tækja samtímis notkun lyfsins. **Aukaverkanir:** U.þ.b. 10% sjúklinga fá einhverjar aukaverkanir. Algengast er biturt bragð í munni (4%). **Algengar (>1%): Almennar:** Sjaldgæfar (0,1–1%): **Almennar:** Höfuðverkur og svimi. **Midtaugakerfi:** Sljóleiki. **Sjaldgæfar (<0,1%):** Miðtaugakerfi: Hraðslutlíffínning. Ofskynjanir. Rugl. Einbeitingarskortur og minnistruflanir. **Húð:** Útbrot. **Ofskömmtnun:** Við ofskömmtnun verður venjulegast slæving í miðtaugakerfinu sem er mismikil eða frá sljóleika upp í dá. Í alvarlegri tilfellum eru einkenni eins og ósamhæfðar hreyfingar,

slappleiki, blóðbrýstingslækkun, öndunarörðugleikar, sjaldan dá og mjög sjaldan dauði. Flumazenil er hægt að nota sem mótlýf (antidote). **Lyfhrif:** Zopiklon er svefnlyf af flokki cýklópýrrólónsambanda. Lyfið hefur eins og bensódiazepínsambönd sækni í bindistaði GABA-viðtækja, þar sem það veður breytingum, sem auka virkni bóðefnisins GABA í miðtaugakerfi. **Lyfjahvörf:** Lyfið frásogast hratt og verkar fljótt (innan 30 mínútna) og lengir svefntíma og fækkar andvökum. REM-svefn og djúpur svefn helst við venjulega skammta. Aðgengi lyfsins er u.þ.b. 80% við inntöku. Dreifingarrúmmál er 1,3 lítrar/kg og próteinbinding u.þ.b. 45%. Lyfið er umbrotið í lifur, en umbrotsefni eru ekki að fullu þekkt. 15% umbreytist í óvirk N-desmetyl-zópíklón og 11% í N-oxið-zópíklón, sem hefur einhverja virkni. Helmingunartími í blóði er u.þ.b. 5 klst., en lengri hjá öldruðum og sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi. Lyfið útskilst að mestu sem umbrotsefni í þvagi u.þ.b. 80% og í saur u.þ.b. 16%. Lyfið safnast ekki upp í líkamanum við endurtekna gjöf. Ekki hefur verið sýnt fram á þolmyndun varðandi áhrif lyfsins á svefn. **Útlit:** Töflur 7,5 mg: Hvítar, sporöskjulaga, 10 mm x 5 mm, með deilistriki. Merktar Z sitt hvorum megin við deilistrik og 7,5 á hinni hlið. Pakkningar: Töflur 7,5 mg: 10 stk. (þynnupakkað); 30 stk. (þynnupakkað) 250 stk. (sjúkráhuðsspakking). Hámarks magn sem ávisa má með lyfseðli er 30 töflur.

01.apr.2001

Heilsueflandi heimsóknir til aldraðra

– tilraunaverkefni í heilsuvernd

Inga Dagný Eydal,
hjúkrunarfræðingur
ingaeydal.akureyri.is



Kristín Sigursveinsdóttir,
iðjupjálfi
kristin.akureyri.is



Á starfssvæði Heilsugæslustöðvarinnar á Akureyri hefur undanfarið ár verið boðið upp á heilsueflandi heimsóknir til aldraðra og er þessi nýjung kynnt í eftirfarandi grein.

Heilsuverndarstarf fyrir ákveðna hópa fólks á sér nokkuð fastan sess hér á Íslandi en það hafa einkum verið verðandi mæður og ung börn sem fengið hafa tilboð um slíkt. Engu að síður er það tiltekið í lögum um heilbrigðisþjónustu nr. 97/1990 að á heilsugæslustöðvum eða í tengslum við þær skuli boðið upp á heilsuvernd aldraðra. Útfærsla þessa lagaákvæðis er sjálfsagt afar mismunandi en yfirleitt er þó ekki um að ræða sérstakt tilboð til aldraðra eða þjónustu sem sérstaklega er löguð að þörfum þeirra.

Aðdragandi

Á árunum 1991-1995 tók öldrunarþjónustan á Akureyri þátt í samnorrænu rannsóknarverkefni, NOVA, sem fór fram í fimm norrænum sveitarfélögum, einu í hverju landi. Markmið verkefnisins var m.a. að kanna samsetningu öldrunarþjónustu og hvernig vaxandi þjónustubörf er mætt á breytingatímum þ.e.a.s. þegar hlutfall aldraðra hækkar og kröfur um hagkvæmni og gæði þjónustu aukast.

NOVA verkefnið veitti heilmikið af upplýsingum um öldrunarþjónustu á Akureyri og dýrmætan samanburð við öldrunarþjónustu annars staðar sem vakið hafa ýmsar spurningar um hvort við erum á réttri leið. Verkefnið var í stuttu máli afar gagnlegt fyrir þróun öldrunarþjónustu á Akureyri og upplýsingar þaðan eru hluti af ástæðu þess að farið er af stað með ýmsar breytingar á þjónustunni. Í ljós kom að á Akureyri bjó mun stærri hluti aldraðra á stofnunum en í hinum sveitarfélögum. Heimaþjónusta var hér mun minni og takmarkaðri en t.d. í danska og norska sveitarfélaginu. Þröskuldurinn inn í þjónustuna hér var samt lægri en t.d. í sænska sveitarfélaginu. Kostnaður við öldrunarþjónustu á hvern íbúa 80 ára og eldri var langhæstur í íslenska sveitarfélaginu, þ.e. Akureyri og skýrist það fyrst og fremst af því að stofnanarþjónusta er mjög dýrt úrræði samanborið við önnur. Rétt er að taka fram að Akureyrarbær er líklega ekki frábrugðin öðrum sveitarfélögum á Íslandi að þessu leyti.

Þessar niðurstöður komu mörgum á óvart, bæði

stjórnmalá mönnum og starfsmönnum kerfisins, og urðu hvati að umræðum og seinna aðgerðum til úrbóta. Í kjölfar þessa sótti Akureyrarbær um, og fékk, reynslusveitarfélagsverkefni á sviði heilsugæslu- og öldrunarmála. Með því skapaðist einstakt tækifæri til nýsköpunar og þróunarstarfs. Dæmi um það er þetta tilraunaverkefni sem er til komið vegna samvinnu milli starfsfólks öldrunarþjónustu bæjarins og heilsugæslustöðvarinnar og sameiginlegs áhuga á forvörnum og heilsuefingu ekki síst fyrir aldraðra.

Fyrirbyggjandi heimsóknir – Rødovreprojektet

Hópur áhugasamra starfsmanna byrjaði á árinu 1997 að skoða ýmsa möguleika í þróun heilsuverndar aldraðra. Skoðaðar voru rannsóknir og tilraunaverkefni sem gerð hafa verið víða um heim. Við stöldruðum fljótlega við nokkrar rannsóknir á áhrifum svokallaðra fyrirbyggjandi heimsókna. Í Rødovre í Danmörku var á níunda áratug liðinnar aldar gerð rannsókn sem leiddi í ljós veruleg forvarnaráhrif af heimsóknum heilbrigðisstarfsmanna til eldra fólks. Um var að ræða rannsókn þar sem hópur aldraðra fékk þrjár heimsóknir heilbrigðisstarfsmanns á ári í þrjú ár. Rannsóknin leiddi í ljós verulegan mun á heilsufari og líðan þeirra sem heimsóttir voru og samanburðarhópsins. Þannig þurfti rannsóknarhópurinn, 24% færri daga á sjúkrahúsi, 31% færri innlagnir á hjúkrunarheimili og 50% færri heimsóknir vaktlækna en samanburðarhópurinn. Aðrar rannsóknir hafa sýnt töluverðan árangur af þessari vinnuaðferð en Rødovrerannsóknin er þó sú jákvæðasta. Erfitt hefur reynst að benda á einhvern einn þátt sem skýrir árangurinn öðrum fremur. Ýmislegt bendir til þess að heimsóknirnar skili fyrst og fremst aukinni öryggistilfinningu og upplifun af stjórn á eigin aðstæðum. Með heimsóknunum er hinum aldraða gefinn kostur á tengingu við kerfið í gegnum heilbrigðisstarfsmann. Tengingu sem hann getur sjálfur stýrt töluvert og mótað á eigin forsendum.

Niðurstöður Rødovrerannsóknarinnar þóttu vera sterk vísibending um gagnsemi þessarar vinnuaðferðar og urðu til þess að 1995 voru fyrirbyggjandi heimsóknir festar í lög í Danmörku. Sveitarfélögin sjá um framkvæmd heimsóknanna og hafa töluvert frelsi um útfærsluna en aðalatriði er að þeim er skylt að bjóða öllum 75 ára og eldri upp á heimsókn heilbrigðisstarfsmanns tvisvar á ári. Margir hafa fylgst með gangi þessara mála í Danmörku af miklum áhuga og nú er t.d. í gangi í Svíþjóð umfangsmikil athugun á þessari vinnuaðferð sem mörg sveitarfélög taka þátt í. Niðurstaða er að vænta á næsta ári.

Undirbúningur

Í lok árs 1999 var vinna undirbúningshópsins komin á það stig að farin var kynnisferð til Danmerkur þar sem heimsótt voru þrjú sveitarfélög: Frederiksund, Rødovre og Kaupmannahöfn (nánar tiltekið

Ryvang á Østerbro). Þegar hér er komið sögu eru í undirbúningshópnum Kristín Sigursveinsdóttir iðjuþjálfari og verkefnisstjóri Búsetu- og öldrunardeildar og hjúkrunarfræðingarnir Margrét Guðjónsdóttir, hjúkrunarforstjóri Heilsugæslustöðvarinnar á Akureyri og Rut Petersen deildarstjóri heimahjúkrunar. Hópurinn ræddi við starfsmenn, fékk upplýsingar um skipulagningu, kynningarstarf, undirbúning og fleira. Flestir virtust sammála um að mikilsvert væri að hafa fleiri en eina starfsstétt í þessum heimsóknum og að starfsmennirnir þyrftu að hafa áhuga á og reynslu af starfi með öldruðum.

Félagsmálaráð Akureyrarbæjar hafði fylgst með þessari þróunarvinnu af áhuga og stutt við hana með ráðum og dád. Fjármunir til verkefnisins voru hins vegar ekki að fullu tryggðir. Með samningi sem Akureyrarbær gerði við Heilbrigðis- og tryggingamála-ráðuneytið um að Akureyrarbær sinnti áfram reynsluverkefnum á sviði öldrunarmála og heilsugæslu skapaðist fjárhagslegur grunnur fyrir þetta verkefni og því var hægt að byrja um mitt ár 2000. Verkefnið skyldi standa í eitt og hálf ár eða til ársloka 2001 en þá rennur samningur við ráðuneytið út.

Markmið

Markmið tilraunaverkefnisins er tvíþætt:

- Að efla aldraða í viðleitni sinni til að viðhalda heilbrigði sem lengst.
- Að reyna vinnuaðferð í heilsuvernd aldraðra sem notuð hefur verið erlendis með góðum árangri

Leiðir

Heimsóknir heilbrigðisstarfsmanna þar sem áhersla er lögð á:

- að styðja við og hvetja til heilbrigðs lífsstíls
- að veita upplýsingar og fræðslu um heilsufar, líf-erni og þjónustu við aldraða
- að greina áhættuþætti og þörf fyrir aðstoð og veita hana í tæka tíð
- að koma á tengslum milli aldraðra og fagaðila í öldrunarþjónustu

Markhópur

Allir íbúar 75 ára og eldri á upptökusvæði Heilsugæslustöðvarinnar á Akureyri (samþals 10 sveitarfélög með um 18000 íbúa), sem búa heima þ.e. utan stofnana, og ekki hafa heimahjúkrun. Samþals er um að ræða um 600 íbúa.

Framkvæmd og vinnutilhögun

Byrjað var að undirbúa framkvæmd heimsóknanna vorið 2000. Tveir starfsmenn voru ráðnir til verksins, Inga Eydal, hjúkrunarfræðingur og Kristín Tómasdóttir, iðjuþjálfari. Þær voru ráðnar í 80% starf hvor. Undirbúningurinn fólst m.a. í því að starfsmenn skipulögðu starfið framundan, lásu sér til, söfnuðu fræðsluefni og

ennfremur þurfti að koma saman lista yfir þá sem skyldu heimsóttir. Verkefnið var kynnt rækilega í fjölmiðlum, bæði blöðum, útvarpi og sjónvarpi og útbúinn var bæklingur um tilgang og tilhögun heimsóknanna. Þennan bækling fékk markhópurinn sendan heim.

Í október hófst svo markviss herferð þar sem verkefnið var kynnt heilbrigðisstarfsfólki og ráðamönnum sem koma að þjónustu við aldraða á svæðinu. Að þessum kynningum sem voru um 10 talsins unnu bæði verkefnisstjórn og starfsmenn. Heimsóknirnar sjálfar hófust í júlí.

Heimsóknirnar

Um það bil viku fyrir áætlaða heimsókn fær fólk sent bréf með ákveðinni dag- og tímasetningu. Ef það kys að þiggja ekki heimsókn er það beðið um að hringja og afþakka. Afþakki fólk heimsóknina fær það sent bréf að hálfu ári liðnu með tilboði um aðra heimsókn. Þetta er gert í ljósi þess hve mikið aðstæður geta breyst á stuttum tíma og þar með þörf fyrir stuðning. Starfsmennirnir skipta hópnum á milli sín og þannig fær hinn aldraði alltaf sama starfsmanninn í heimsókn til sín.

Í heimsóknunum er lögð áhersla á að kynnast þeim sem heimsóttur er og að fjalla um helstu þætti er hafa áhrif á líf og heilsu aldraðra. Þannig eru veittar upplýsingar um ýmsa þjónustu sem öldruðum stendur til boða hvað varðar t.d. heilsugæslu, heimaþjónustu, réttindi til almannatrygginga, ýmsa félagslega þætti, tómstundaiðju og fleira. Ennfremur er leitast við að fræða um og greina áhættuþætti varðandi heilsufar og veita ráðleggingar um fyrirbyggjandi aðgerðir svo sem slysavarnir, beinvernd, mataræði og hreyfingu. Eins og af ofantöldu er ljóst er megininntak heimsóknanna ráðgjöf og stuðningur. Reynt er að ýta undir sjálfsbjargarviðleitni með því að bjóðast ekki endilega til að gera hlutina fyrir fólk, heldur fá það til að taka málin í eigin hendur með hvatningu og upplýsingum. Það sem þó virðist einfalt í augum margra getur reynst búsna flókið fyrir aldraðan einstakling með þverrandi færni og að sjálfsögðu er veitt aðstoð þeim sem hennar þarfnast. Einnig er lögð mikil áhersla á að sá sem heimsóttur er leiði samtalið og komi sínum sjónarmiðum á framfæri. Þannig er reynt að viðhalda frumkvæði og ábyrgð þess sem heimsóttur er.

Fyrsta heimsóknin fór að hluta til í að kynna þessa þjónustu og kynnast fólki og gera sér grein fyrir því hvernig hópurnir sem heild hefur það. Það er reynsla starfsmanna að í annarri heimsókn eru samskipti öll auðveldari og opnari og því hægt að fara dýpra í ýmis málefni, allt eftir þörfum og áhuga hvers og eins. Dæmi um slík umræðuefni eru mataræði fyrir sykursjúka, þvagleki, svefn eða dettni að ógleymdu ýmsu um andlega líðan, sorg og missi. Mikilvægt er að muna að allir á þessum aldri eru að upplifa missi á einhvern hátt. Færni minnkar og fólk upplifir sorg yfir glataðri getu og ættingjar og vinir kveðja.

Starfsmenn bjóða upp á símatíma alla virka daga og getur fólk hringt í "sinn" starfsmann ef því liggur eitt-hvað á hjarta milli heimsóknanna.

Þær upplýsingar sem fram koma í samtalinu eru skráðar þannig að hægt sé að taka upp þráðinn þar sem frá var horfið. Að sjálfsögðu ríkir fullkominn trúnaður á milli starfsmanns og húsráðanda í heimsóknunum og starfsmennirnir eru bundnir þagnarskyldu.

Framgangur – þátttaka

Í byrjun mars 2001 var lokið við að heimsækja alla einu sinni. Alls þáðu 422 einstaklingar af þeim 600, sem boðið var upp á heimsókn eða 70,33%. Nú eru starfsmenn langt komnir með að heimsækja hópinn öðru sinni og það er ánægjulegt að mun fleiri þiggja nú heimsókn en í fyrstu umferðinni. Þátttakan er samþærileg við það sem best gerist í Danmörku.

Mat

Mat starfsmanna eftir heimsóknirnar er að heilsufar þessa hóps sé yfirleitt undir góðu eftirliti og fólk nokkuð meðvitað um eigin heilsu. Aðstæður og fjárhagur fólks er hins vegar afar mismunandi en tilfelli þar sem um raunverulega neyð er að ræða eru sem betur fer ekki mörg. Starfsmönnum þykir sýnt að þörf fólks fyrir þessar heimsóknir er mismikil. Þannig hafa nokkrir einstaklingar fengið aukaheimsóknir, jafnvel oft en einu sinni, á meðan aðrir telja sig ekki hafa mikil not fyrir heimsóknirnar þar sem þeir séu enn í fullu fjöri. Í framtíðinni væri hugsanlegt að beina heimsóknunum í auknu mæli til ákveðinna áhættuhópa en jafnframt er vert að hafa í huga forvarnargildi þess að ná til fólks meðan enn er hægt að koma í veg fyrir færni-iröskun og stuðla þannig að fjölgun þeirra ára sem fólk býr við góða heilsu þrátt fyrir hækkandi aldur.

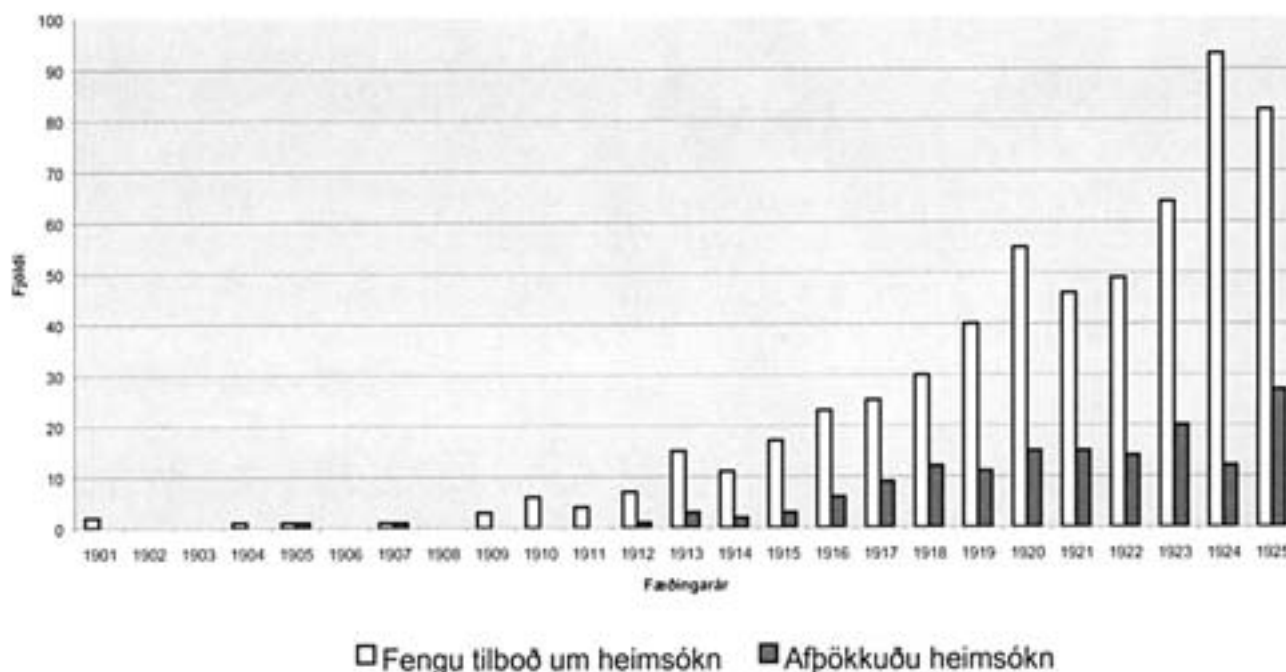
Fjölmargir hafa lýst yfir ánægju með heimsóknirnar og að þeim þyki öryggi í því að hafa einhvern ákveðinn aðila innan kerfisins að leita til ef með þarf, aðila sem þeir hafa séð og talað við.

Ýmsar ábendingar hafa komið fram í heimsóknunum sem beina mætti til bæjaryfirvalda varðandi þjónustu í bæjarfélaginu og reynslu aldraðra af henni.

Í yfirstandandi heimsóknunum er gerð lausleg úttekt á því hvort fyrri heimsókn hafi skilað einhverjum árangri og hvort einhverjar breytingar hafa orðið á högum hins aldraðra í kjölfar heimsóknanna t.d. varðandi þjónustu, lyfjanotkun, hreyfingu, félagslegar aðstæður, hjálpartækjanotkun, fjármál og andlega og líkamlega líðan.

Allir íbúar Akureyrar 75 og 80 ára fengu sendan spurningarlista fyrir fyrstu heimsókn og fjallaði hann um heilsutengd lífsgæði. Svörun var um 65% en ekki hefur enn verið unnið úr spurningunum. Þegar síðustu heimsókn lýkur mun sami hópur fá sendan samskonar spurningalista og gert verður mat á því hvort heimsóknirnar hafi haft áhrif á þá þætti er spurningalistinn tekur til.

Tafla 1: Fjöldi þeirra sem fengu tilboð um heimsókn og þeirra sem afþökkuðu heimsókn, eftir fæðingarári.



Framhald verkefnisins

Upphaflega var ætlunin að bjóða upp á 3 heimsóknir og átti þeim að ljúka í árslok 2001. Ljóst er að af ýmsum orsökum verður ekki hægt að heimsækja allan hópinn þrisvar en allir fá tvær heimsóknir og hluti hópsins verður heimsóttur þrisvar. Eftir það verður gert ítarlegra mat á árangri, t.d. með athugun á innlagnatíðni og -lengd hópsins á sjúkrahús og hjúkrunarheimili. Einnig verður reynt að meta árangurinn með því að kanna upplifun þeirra sem fengu heimsóknirnar. Væntingum til árangurs eftir svo stuttan tíma verður þó að stilla í hóf. Áhrif forvarnarstarfs eins og hér um ræðir byggir á því að um stöðuga þjónustu sé að ræða til lengri tíma.

Framhald verkefnisins byggist á því að fjármagn fáiast. Akureyrarbær á nú í samningaviðræðum við Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið um framhald samninga um svokölluð reynsluverkefni á sviði öldrunarþjónustu og heilsugæslu og leggur Akureyrarbær áherslu á að fá tækifæri til að þróa áfram heilsueflandi heimsóknir. Hvort af verður skýrist væntanlega á þessu ári.

Mat starfsmanna og undirbúningshóps er að þessi vinnuaðferð sé vel til þess fallin að komast í samband við þann hóp aldraðra sem minnst tengsl hefur við öldrunarþjónustuna og að hægt sé að styrkja fólk verulega í viðleitni sinni til að halda heilsu. Ennfremur gefst gullið tækifæri til að aðstoða fólk við að fyrirbyggja ýmiss algeng vandamál. Við viljum gjarnan vera þeim innan handar sem óska eftir að kynna sér þessi mál nánar.

Áhugaverð lesning:

- Avlund, K., Dyrholm, L., Holstein, B., Ingerslev, J. (ritstj.), (2000). *Forebyggelse i alderdommen*. Frederikshavn: Dafolo Forlag og Dansk Gerontologisk Selskab.
- Hellner B M. (2000) Förebyggande hembesök. *Äldre i Centrum*, nr. 4 2000.
- Hendriksen, C., Lund, E., Strømgård, E., (1984). Consequences of assessment and intervention among elderly people: a three year randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 289, 1522-1524.
- Hendriksen, C., Vass M., (1997). *Forebyggende hjemmebesøg til ældre mennesker – hvorfor? hvordan?* Frederikshavn: Dafolo Forlag.
- Hendriksen, C. (1998). Forebyggende hjemmebesøg. *Gerontologi og samfund*, 14, 2, 40-41.
- Jensen, Gunda Rademacker (1997). Forebyggende hjemmebesøg til ældre mennesker. En vurdering af kontrollerede interventionsstudier. *Ugeskrift for læger* 159/43, 6358-61.
- Lingås, Lars Gunnar (1996). *Over andres dødstokk – yrkesetikk i arbeid hjemme hos klienter og pasienter*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Mæland, John Gunnar (1999). *Forebyggende helsearbeid – i teori og praksis*. Tano Aschehoug.
- www.geroinst.dk

Við styrkjum Öldrunarfræðafélag Íslands:

Við veitum elli- og örorkulífeyrisþegum staðgreiðsluafslátt af verði lyfja og ókeypis heimsendingu „innan hverfis“ ef óskað er.

Garðs Apótek

Sogavegi 108 · 108 Reykjavík
Sími 568 0990

Lewy sjúkdómur

Jón Snædal
öldrunarlæknir



Friederich (Fritz) Heinrich Lewy var gyðingur, fæddur í Berlín árið 1885 (1). Hann lauk læknanámi 1910 í heimborg sinni og sérhæfði sig síðan í taugalæknisfræði, taugameinafræði og einnig í sálfræði. Meðal kennara hans voru margir af þekktustu mönnum á þessum sviðum svo sem Alzheimer, Oppenheim og Kraepelin. Hann fluttist til Bandaríkjanna árið 1933 vegna stjórnmálaástandsins heimafyrir og bjó þar til dauðadags, árið 1950.

Helsta áhugasvið hans voru Parkinsonssjúkdómur og aðrir sjúkdómar er valda utanstrýtueinkennum og stundaði hann bæði rannsóknir og kennslu í tauga-sjúkdómum með aðaláherzlu á þessa sjúkdóma. Þekktastur hefur hann verið fyrir að hafa lýst sérstökum útfellingum í heila Parkinsonssjúklinga en það gerði hann mjög snemma á ferli sínum eða árið 1913. Á næstu árum gerði hann nákvæmari rannsóknir á dreifingu þessara útfellinga og kom fram með tilgátur um þýðingu þeirra en lýsingar hans beindust eingöngu að útfellingunum í Parkinsonsjúkdómi, en þar er þær að finna í djúpkjörnum heilans. Eins og títt var áður fyrr fengu útfellingarnar nafn hans og hafa lengi verið eitt af helztu meinafræðilegu skilmerkjum sjúkdómsins. Það var svo ekki fyrr en Japaninn Kosaka lýsti sjúklingum í heimalandi sínu árið 1987 (2) með Parkinson-lík einkenni og heilabilun að farið var að tala um sérstakan Lewy sjúkdóm. Þessir sjúklingar reyndust hafa Lewy útfellingar (Lewy bodies) á við og dreif um heila-börkinn en þar er þær ekki að finna í Parkinsonsjúklingum. Á næstu árum voru ýmsar útgáfur á sjúkdómsheitinu notaðar: Diffuse Lewy Body Dementia, Dementia of Lewy Body Type, Dementia with Lewy Bodies o.s.frv. Á íslenzku er einfaldast að tala um Lewy sjúkdóm.

Algengi

Ekki eru til faraldsfræðilegar rannsóknir á Lewy sjúkdómi eins og Alzheimers sjúkdómi og í flestum tilvikum hafa menn áætlað tíðnina út frá upplýsingum frá sérstökum móttökum sem sérhæfa sig í taugasjúkdómafræði eða heilabilun. Ástæða þessa er auðvitað sú að svo stutt er síðan sjúkdómnum var vel lýst og enn styttra síðan menn komu sér saman um skilgreiningar sem er grundvöllur þess að hægt sé að skoða nýgengi og algengi. Þótt sjúkdómurinn sé orðinn allvel þekktur hefur hann þó ekki ratað inn í alþjóðlegu sjúkdómsgreiningaskrána, ICD-10, þannig að strangt til tekið er ekki hægt að setja þessa greiningu ef stuðst er við hana! Þær tíðnitölur sem þó eru nefndar eru æði misjafnar. Drach og félagar (Göthe háskólinn í Frankfurt 1993) fundu að meðal 273 aldrafra sem komu til krufningar voru 1,5% með sjúkdóminn, en 4,5% meðal þeirra sem voru með heilabilun eða ruglástand (3). McKeith,

Ballard og fleiri í Newcastle í Englandi hafa verið brautryðjendur í rannsóknum á sjúkdómnum undanfarinn áratug og það er þeirra mat og fleiri (4) að 10-20% þeirra sem hafa heilabilun vegna hrörnunarsjúkdóms í heila séu með Lewy sjúkdóm. Enn hafa ekki verið birtar rannsóknir á algengi sjúkdómsins í samfélaginu. Nýgengi er því heldur ekki þekkt. Nýgengi og sá tími sem sjúklingar hafa sjúkdóminn ákvarða algengi. Það var talið að lifun sjúklinga með þennan sjúkdóm væri styttri en sjúklinga með Alzheimers sjúkdóm, en nýrri rannsóknir hafa ekki sýnt neinn mun (5). Ef miðað er við áðurnefndar tölur McKeith og félaga er líklegt að um 200-400 sjúklingar hér á landi séu með Lewy sjúkdóm en ekki skal lagður dómur á það hér hvort þetta kunni að vera rétt.

Einkenni

Núverandi skilmerki sjúkdómsins eru frá árinu 1996 (6). Samkvæmt þeim eru höfuðeinkenni sjúkdómsins fimm: heilabilun, utanstrýtueinkenni (Parkinson einkenni), ofskynjanir, tímabundið rugl og óþol gagnvart sterkum geðlyfjum. Einnig hefur verið rökstutt að ýmis geðræn einkenni svo sem þunglyndi sé algengara í þessum sjúkdómi en öðrum heilabilunar-sjúkdómum (7), en það hefur ekki verið staðfest. Í töflu má sjá skilmerkin sem nú er almennt stuðst við (6). Hér verður gerð nánari grein fyrir ofangreindum höfuðeinkennum:

1. *Heilabilun.* Ekki er búið að staðreyna í smáatriðum hver taugasálfræðileg sérkenni sjúkdómsins eru en þó er ljóst að vitræn skerðing verður einkum á tveimur sviðum. Allar úrlausnir verða hægari en áður og sjónúrvinnsla (visuospatial ability) skerðist hlutfallslega meira en annað. Þetta leiðir til þess að ratvísi og fjarlægðarskyn skerðist og á síðari stigum tilfinning fyrir eigin líkama gagnvart umhverfinu. Oft er til þess tekið að minni getur verið allgott þrátt fyrir verulega vitræna skerðingu á öðrum sviðum.
2. *Parkinson einkenni.* Stírðleiki í hreyfingum, hægar hreyfingar og óstöðugleiki eru helstu einkennin, en skjálfti sést sjaldan. Þessi einkenni koma á eftir eða um svipað leyti og vitræn skerðing gerir vart við sig. Ef Parkinson einkenni koma nokkrum árum á undan heilabilun er um heilabilun í Parkinsonsjúkdómi að ræða, en það er enn nokkurt deilufni hvar mörkin eiga á liggja milli þessara tveggja sjúkdóma.
3. *Ofskynjanir.* Oftast nær sjónofskynjanir og þær eru merkilega svipaðar milli sjúklinga. Einkennin koma oft tiltölulega snemma svo vitræn skerðing er enn það væg að þeir geta sjálfir gefið góða lýsingu á fyrirbærunum en þeir átta sig oft á að þau eru ekki raunveruleg. Þeir sjá fólk eða dýr, sýnirnar eru skýrar og mjög sjaldan ógnandi. Þetta einkenni er ekki viðvarandi, það geta liðið dagar eða vikur milli þess sem skýrt er frá ofskynjunum.

Nátengt þessu eru misskynjanir, þ.e. þeir mistaka það sem þeir sjá fyrir annað. Heyrnarofskynjunum hefur einnig verið lýst, en ekki eins áberandi.

4. *Tímabundið rugl.* Getur orðið mjög áberandi og er oftast það einkenni sem leiðir til innlagnar á sjúkrahús og síðar hjúkrunarheimili. Á fyrri stigum sjúkdómsins eru rugltímabilin stutt og sjúklingarnir gera sér oft grein fyrir hvað er á seyði. Þetta geta verið mínútur eða dagpartur, ekki sjaldan þegar verið er að vakna á morgnana og draumur og veruleiki renna saman. Síðar geta komið rugltímabil sem standa í daga eða vikur og almennt er álitnið að á síðasta skeiði sjúkdómsins sé ruglástand nánast viðvarandi. Þetta er sennilega ekki rétt og margir geta haft merkilega skýr tímabil fram á síðustu mánuði. Útbúnir hafa verið sérstakir kvarðar til að leggja mat á tímabundið ruglástand (8).
5. *Óþol gagnvart geðlyfjum.* Um er að ræða flokkinn sterk geðlyf (neuroleptísk lyf), einkum eldri lyfin svo sem klórprómazín, Haldol®, Cisordinol®, Nozinan®, Truxal®, Trilafon® o.fl. Óþol gagnvart nýrri lyfjunum er ekki eins áberandi að því er virðist en þau þolast samt mun ver hjá þessum sjúklingum en öðrum. Þessi lyf eru risperidon (Risperdal®, Rison®), olanzapín (Zyprexa®) og quetiapín (Seroquel®). Þennan flokk fyllir einnig clozepín (Leponex®) þótt það sé ekki nýtt. Eldri lyfin á alls ekki að nota en þau nýrri helzt ekki eða þá með mikilli varúð. Aukaverkanirnar eru einkum mikill sljóleiki en einnig geta komið fram hættulegri aukaverkanir eins og mikill stírðleiki svo sjúklingur verður ósjálfbjarga og jafnvel svokallað „neuroleptic malignant syndrome“ sem eins og nafnið bendir til getur verið lífshættulegt.

Greining

Þegar sjúklingur kemur til skoðunar sem hefur greinileg Parkinsonseinkenni án skjálfta, lýsir sjónofskynjunum og fyrir liggur að hann á það til að rugla er sjúkdómsgreiningin auðveld þótt auðvitað verði að staðfesta hana með nánari skoðun. Erfiðara er að átta sig á þessum sjúkdómi þegar sum einkennin vantar eða önnur einkenni trufla myndina, en aldraðir einstaklingar geta haft ýmis einkenni annarra sjúkdóma samtímis.

Greining fer fram á svipaðan hátt og þegar aðrar orsakir heilabilunar eru þekktar. Í þessu tilviki byggir greiningin að mestu leyti á þeirri sögu sem fengin er hjá sjúklingi og aðstandendum og það er mjög mikilvægt að spurt sé sérstaklega um þau einkenni sem fylgir sjúkdómnum því oft er ekki sagt frá þeim að fyrri bragði svo sem tímabundnu rugli og ofskynjunum. Myndgreining hjálpar lítið nema til að útiloka aðrar orsakir og SPECT er þannig ekki eins hjálplegt og í Alzheimers sjúkdómi. Taugasálfræði getur gefið mikilvægar vísbendingar, ekki síst prófanir á sjónúrvinnslu (visuospatial ability).

Tafla – Skilmerki Lewy sjúkdóms (6)

1. Forsenda greiningar á heilabilun af Lewy gerð (DLB) er að um sé að ræða vaxandi vitræna skerðingu sem náð hefur því marki að trufla eðlilegt starf og félagslíf. Verulegt minnistap er oft ekki til staðar á fyrri stigum sjúkdómsins en kemur oftast fram eftir því sem á liður. Truflanir koma einkum fram á prófum er mæla einbeitingu, framheila-neðanbarkar athafnir (fronto-subcortical skills) og sjónúrvinnslu.
2. Tvö af eftirtöldum höfuðeinkennum þurfa að vera til staðar við greiningu sennilegrar heilabilunar af Lewy gerð (probable DLB) og eitt við greiningu hugsanlegrar heilabilunar af Lewy gerð:
 - a. breytileg vitræn geta með verulegum sveiflum í einbeitingu og athygli..
 - b. endurteknar sjónofskynjanir sem eru vel afmarkaðar og nákvæmar.
 - c. Parkinson einkenni sem ekki má rekja til lyfja.
3. Einkenni sem stutt geta greininguna eru:
 - a. endurteknar byltur
 - b. yfirlið
 - c. skert meðvitund tímabundið
 - d. viðkvæmni við sterkum geðlyfjum (neuroleptica)
 - e. kerfisbundnar misskynjanir
 - f. ofskynjanir aðrar en sjónar.
4. Greining heilabilunar af Lewy gerð er ekki eins líkleg ef til staðar er:
 - a. merki heilablóðfalls við skoðun eða á röntgenmynd.
 - b. merki annars heilasjúkdóms við skoðun eða rannsóknir sem geta skýrt einkenni sjúklings.

Ástæðan fyrir því að þessum sjúkdómi, sem virðist þó vera þetta algengur, hefur ekki verið lýst fyrr er að hann „fellur milli“ tveggja algengra taugahrörnunarsjúkdóma, Alzheimer og Parkinson.

Meðferð

Pegar sjúkdómsgreining liggur fyrir er mikilvægt að huga að nokkrum þáttum sem skipta máli til að draga úr einkennum og afleiðingum þeirra.

Upplýsing og ráðgjöf. Mikilvæg fyrir sjúklinginn, sem hefur oft merkilega gott minni, og fyrir aðstandendur. Gera þarf grein fyrir því að ofskynjanir eru eðlilegur hluti sjúkdómsins en er ekki merki um alvarlegan geðsjúkdóm. Gott er að allir aðstandendur geti talað um þessa upplifun sjúklingsins því það virðist skipta máli við að draga úr kvíða og jafnvel hræðslu sem annars getur auðveldlega gert vart við sig. Einnig þarf að leggja áherzlu á að rugltímabil ganga yfir þótt rétt sé að segja að þau geri vafalítið vart við sig aftur.

Örvun, líkamleg og andleg. Líkamleg örvun þarf að miða að samskonar markmiðum og örvun Parkinson-sjúklinga, þ.e. að liðka hreyfingar og draga úr óstöðugleika og jafnvægisskerðingu. Andleg örvun miðast við að efla framtak og frumkvæði og byggir á því að vitræn geta á ýmsum sviðum er allgóð svo sem minni.

Lyfjameðferð, ekki síst að hafa í huga lyfin sem alls ekki á að gefa svo sem fram hefur komið. Nú hafa birst lýsingar á tilfellum sem hafa lagast mjög við notkun

kólnesterasahamla svo sem Aricept®, Reminyl® og Exelon® (9,10). Ástæða þess að farið var að reyna þau lyf er sú staðreynd að kólvirka kerfið er að minnsta kosti jafn mikið skert í þessum sjúkdómi og í Alzheimer sjúkdómi. Þessar meðferðarlýsingar eru oft sláandi og svo er einnig reynsla undirritaðs af nokkrum sjúklingum sem fengið hafa verulegan bata, a.m.k. tímabundið.

Birst hefur ein stór rannsókn með samanburði á Exelon® og lyfleysu (11) og var í henni sýnt fram á marktækt meiri árangur með lyfinu. Enn sem komið er hefur þetta ekki leitt til ábendingar þessara lyfja við sjúkdómnum, en sennilega er aðeins tímaspurning hvenær að því kemur. Það er enn ekki ljóst hversu lengi árangurinn varir.

Flestir þessara sjúklinga fá fyrr eða síðar Parkinsonlyf, en vandinn er sá að þau lyf yta mjög undir rugl og ofskynjanir. Eittvað hefur verið gert af því að nota Parkinsonlyf og kólnesterasahamla saman, en ekki liggur fyrir hvort hægt er að mæla með því að svo verði gert

Horft fram á veginn

Stutt er síðan menn urðu ásáttir um að til væri sérstakur sjúkdómur sem nú hefur verið nefndur eftir þeim manni sem lýsti fyrir margt löngu heilabreytingum sem einkenna sjúkdóminn. Enn er verið að skoða skilmerki og er líklegt að á næstu árum verði

þau nákvæmari og skýrari. Jafnframt þessu eykst vitund manna um sjúkdóminn. Ekki hafa enn komið fram líffræðilegar mæliaðferðir sem óyggjandi benda til sjúkdómsins en að þeim verður vafalítið leitað. Á næstu árum mun umfang sjúkdómsins verða ljósara m.a. hér á landi því í stóru Hjartaverndarrannsókninni verður skoðuð tíðni sjúkdómsins. Lyfjameðferð verður vafalítið markvissari á næstu árum og m.a. verður smám saman ljóst hvaða Parkinsonlyf er óhætt að nota, hvenær og í hve miklum mæli. Síðast en ekki síst er vonast til þess að varanlegri meðferð verði möguleg síðar og jafnvel forvarnir þótt engar vísbendingar sé enn að finna um slíkt.

Lokaorð

Í þessu stutta yfirliti hefur verið stiklað á stóru í lýsingu á Lewy sjúkdómi sem fyrst var lýst sem sérstökum sjúkdómi fyrir tæpum 15 árum. Í greininni er ekkert að finna um meinafræði sjúkdómsins eða hugleiðingar um erfðafræði eða skyldleika við aðra sjúkdóma, en um þetta má lesa í ýmsum greinum. Hér skal helzt bent á fyrstu heimildina hér að neðan, en þessa bók er að finna á bókasafni Landakots með þeim fyrirvara að þekkingin breytist fljótt.

Heimildir

1. R. Perry, I. McKeith og E. Perry. Dementia with Lewy Bodies, Clinical, Pathological and Treatment Issues. Cambridge háskólabókautgáfan 1996: XXV-XXVIII.
2. K. Kosaka, M. Yoshimura, K. Ikeda og fleiri. Diffuse type of Lewy body disease: progressive dementia with abundant neocortical Lewy bodies and senile changes of varying degree: a new disease? Clin Neuropathol 1987;3:185-192.
3. R. Perry, I. McKeith og E. Perry. Dementia with Lewy Bodies, Clinical, Pathological and Treatment Issues. Cambridge háskólabókautgáfan 1996: 161-170.
4. C. Ballard, J. O'Brian, I. McKeith og fleiri. A prospective study of dementia with Lewy bodies. Age and Aging 1998;27:631-636.
5. A. Heyman, G.G. Fillenbaum, M. Gearing og fleiri. Comparison of Lewy body variant og Alzheimer's disease with pure Alzheimer's disease. Neurology 1999;52:1839-1844.
6. I. McKeith, D. Galasko, K. Kosaka og fleiri. Consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB): report of the consortium on DLB international workshop. Neurology 1996;47:1113-1124.
7. C. Ballard, C. Holmes, I. McKeith og fl. Psychiatric Morbidity in dementia with Lewy bodies: a prospective clinical and neuropathological comparative study with Alzheimer's disease. Am J Psychiatry 1999; 156:1039-1045.
8. M.P. Walker, G.A. Ayre, J.L. Cummings og fleiri. Quantifying fluctuation in dementia with Lewy bodies, Alzheimer's disease and vascular dementia. Neurology 2000;54:1616-1624.
9. C. Shea, C. McKnight og K. Rockwood. Aspects of dementia: donepezil for treatment of dementia with Lewy bodies, a case series of nine patients. International Psychogeriatrics 1998,10:229-238.
10. R. Chong, L. Evans og D.K. Chan. Dementia with Lewy bodies: a review with an illustrative case report. Australasian J on Aging 2001;20:96-99.
11. I. McKeith, T. Del Ser, P.F. Spano o. fl. Efficacy of rivastigmine in dementia with Lewy bodies. A randomised, double blind, placebo-controlled international study. Lancet 2000;356:2031-2036.

Júlí 2001 – Jón Snædal

„Bestu vopnin gegn beinþynningu eru öllum aðgengileg“

Beinþynning er alvarlegur sjúkdómur sem árlega veldur um 1000 beinbrotum hér á landi. Eftir því sem meðalaldur þjóðarinnar hækkar fjölgar tilfellum. Ef ekkert verður að gert verður beinþynning eitt helsta heilsufarsvandamál nýrrar aldar.

Við beinþynningu verður rýrnun á beinvef og beinin verða stökk. Hryggjarliðir falla saman, líkaminn verður hokinn og hætta á brotum eykst.

Hollir lífshættir alla ævi eru besta vörnin gegn þessari vá. Hæfileg hreyfing, kalk og D-vítamín gegna þar lykilhlutverki. Lýsi og fjölvítamín eru heppileg D-vítamínuppspretta en þægilegasta leiðin til að tryggja sér nægilegt kalk er að drekka mjólk og neyta annarra mjólkurvara.

„Mjólk“ er samheiti yfir alla drykkjarmjólk, nýmjólk, léttmjólk, undanrennu og fjörmjólk. Einnig má fá kalk úr öðrum mjólkurvörum, s.s. osti og syrdum mjólkurvörum.

Hollusta styrkir bein!



ÍSLENSKUR MJÓLKURÍÐNAÐUR

Ólafur Ólafsson, fyrrverandi landlæknir og formaður Beinverndar

Skert innsæi (anosognosia) í Alzheimerssjúkdómi

Kristín Hannesdóttir
B.Sc.^{1,2}



Robin G. Morris
Ph.D.¹

1. Department of Psychology
Institute of Psychiatry
University of London

2. Minnismóttaka á Landakoti
Landspítali - Háskólasjúkrahús



Einstaklinga, sem hafa orðið fyrir heilaskaða, virðist stundum skorta innsæi í líkamlegt og vitrænt ástand sitt. Sjúklingar sem hafa lamast sökum heilablóðfalls (hemiplegic) gera sér stundum ekki grein fyrir hreyfihömluninni, sumir með málstol taka ekki eftir breytingum á tali og minnissjúkir einstaklingar taka stundum ekki eftir minniserfiðleikum (McGlynn & Schacter, 1987). Þetta skerta innsæi sem oft fylgir heilaskaða hefur lengi verið þekkt fyrirbæri en Babinski (1914) var fyrstur til að gefa fyrirbærinu heitið: anosognosia.

Fram að þessu hafa rannsóknir á anosognosia einna helst beinst að skertu innsæi hjá sjúklingum með lömun eftir heilaáfall (Michon, et al., 1994). Þrátt fyrir að skrifað sé um anosognosia í fyrstu heimildum sem til eru um Alzheimerssjúkdóm (AD) og þrátt fyrir það að margir flokki innsæisleysi sem eitt af einkennum sjúkdómsins, þá hefur anosognosia ekki verið rannsakað mjög ítarlega í Alzheimerssjúkdómi og skilningur á fyrirbærinu takmarkaður (Ott et al., 1996).

Af hverju að rannsaka innsæi í Alzheimerssjúkdómi?

McGlynn og Schacter (1987) benda á tvíþætt mikilvægi þess að auka skilning okkar á þessu fyrirbæri. Frá fræðilegu sjónarmiði er áhugavert að velja fyrir sér hvað það raunverulega er sem gerir fólki kleift að vera sér meðvitað um eigið vitrænt ástand. Aukinn skilningur hefur einnig klínískt eða hagnýtt gildi þar sem skert innsæi getur haft afgerandi áhrif á endurhæfingu og meðferð sjúklings. Einstaklingar með hamlað innsæi eru síður líklegir til samvinnu við meðferð á sjúkdómnum (Derouesné, et al., 1999). Auk þessa getur álag aukist á aðstandendur þessara einstaklinga þar sem skerðingin hefur oft í för með sér hömluð samskipti (Hutchinson, et al., 1997). Sjúklingurinn gæti e.t.v. neitað að taka inn lyfin sín eða tekið óraunhæfar ákvarðanir eins og að aka bifreið eða fara aftur í vinnuna (McGlynn, 1987; Cotrell, 1999).

Fræðilegar hliðar á anosognosia eru flóknar og fjalla í grundvallaratriðum um eftirfylgni og vitund um starfsemi heilabarkar. Weinstein og Kahn (1955) hafa bent á mikilvægi þess að greina anosognosia sem innri truflun á heilastarfi gagnstætt sálfræðilegum þáttum eins og afneitun.

Niðurstöðum rannsókna á tíðni anosognosia í Alzheimerssjúkdómi ber ekki saman. Sevush og Leve (1993) greindu anosognosia í um 80% Alzheimerssjúklunga en aðrar rannsóknir gefa til kynna mun lægri tíðni eða frá 15% (Reed, et al., 1993) til 20% (Migliorelli, et al., 1995) og uppi 25% (Sevush & Leve, 1993). Þetta ósamræmi gæti stafað af óstöðluðum mælitækjum og misleitum sjúklingahópum (Agnew og Morris, 1998).

Þá er nánast útilokað að spá fyrir um hvernig sérhver einstaklingur muni bregðast við sjúkdómnum. Agnew og Morris (1998) álykta af fyrri rannsóknum að ekki sé hægt að meta innsæi sem „annað hvort eða“

fyrirbæri heldur geti innsæið verið mismikið. Sumir sjúklingar virðast gera lítið úr erfiðleikum sínum á meðan aðrir virðast átta sig á skerðingunni sem er til staðar en gera sér ekki grein fyrir alvarleika sjúkdómsins. Aðrir virðast hreinlega ekki hafa áhyggjur af því (Neary et al., 1986). Þess utan eru einstaklingar sem virðast bregðast mun „eðlilegar“ við með kvíða og áhyggjum (Agnew og Morris, 1998). Þunglyndi er oft greint í Alzheimerssjúkdómi en meirihluti sjúklinga virðast þó lausir við depurð (Reed, et al., 1993).

Það er ekki vitað hvað veldur þessum breytileika innan sjúklingahópsins, af hverju sumir taka sjúkdómin nærri sér og aðrir ekki. Lítil skilningur er á sambandi þunglyndis og innsæis og hvort innsæi breytist á reglubundinn hátt eftir stigi sjúkdóms, er ekki vitað (Reed, et al., 1993).

Þessi fjölbreytileiki gerir því rannsóknir flóknar og það verður erfiðara um vik að reyna að svara spurningum um anatómísk tengsl. Auk þess verður erfiðara að álykta hvort anosognosia sé óháð öðrum sjúkdómum eða hluti af sjúkdómsmyndinni. Anosognosia gæti einnig tengst alvarleika annarra samverkandi truflana í taugakerfi. Fyrri rannsóknir hafa hins vegar gefið til kynna að samband sé á milli innsæisleysis og skerðingar í framheila- og hægri gagnaugasvæði frekar en alvarleika vitrænnar skerðingar (Reed, et al., 1993).

Sálfræðilegt varnarkerfi?

Upphaflegar rannsóknir á innsæi leituðust við að finna líffræðilega skýringu á fyrirbærinu, en seinna fékk nálgun sálgreiningarinnar meiri athygli. Sumir reyndu að skýra anosognosia sem „varnarkerfi“ sem varnaði því að alzheimerssjúklingar yrðu þunglyndir (Bahro, et al., 1995). Sú hugmynd kom einnig fram að fólk sem orðið hefði fyrir miklu álagi kynni að bregðast við með afneitun.

Ramachandran (1996) bendir hins vegar á að við lömun af völdum heilablóðfalls, komi anosognosia oftast ekki fram nema hjá þeim sjúklingum sem fengið hafa áfall í hægri heilahveli. Það sé því ólíklegt að hægt sé að skýra anosognosia eingöngu frá sjónarmiði sálgreiningarinnar.

Áhugi rannsóknamanna virðist nú aftur orðinn taugalíffræðilegri þar sem sumir eru þeirrar skoðunar að anosognosia sé af völdum staðbundins heilaskaða (Prigatano, 1991). Rannsóknir beinast mest að hægri heilahveli í ljósi þess að anosognosia kemur oftast fram hjá þeim sjúklingum sem orðið hafa fyrir skerðingu/hömlun í vinstri hluta líkamans (Michon, et al., 1994).

Taugasálfræðilegir þættir

Minniserfiðleikar eru mest áberandi vitræna skerðingin í Alzheimerssjúkdómi. Minni fyrir atburðum er oftast hamlað en skammtíaminni mælt með „digit span“ prófi, er oft óskert. Eftir því sem líður á

sjúkdóminn koma oft fram aðrar hamlanir eins og mál-erfiðleikar (t.d. erfiðleikar með að finna orð) og sjónrænir erfiðleikar (t.d. skert ratvísi) (Rossor, 1993). Seinna í sjúkdómnum getur svo einnig farið að bera á framheilaeinkennum. Rossor (1993), bendir einnig á að geðrænir þættir eins og þunglyndi kunni að greinast í 40% tilvika þar sem sjúkdómurinn er oftast á byrjunarstigum. Aðrir geðrænir þættir eru m.a. ranghugmyndir, ofskynjanir og árásargirni.

Ýmsar rannsóknir hafa kannað samband innsæis og taugasálfræðilegrar getu í AD (t.d. Ott, et al., 1996; Derouesne, et al., 1999) án þess að geta sýnt fram á slíkt samband (t.d. Starkstein, et al., 1995). En þrátt fyrir misleitan sjúklingahóp og skort á stöðluðum innsæisprófum hefur þó tekist í sumum rannsóknum að endurtaka niðurstöður sem benda til sambands á milli innsæis annars vegar og stjórnunar, umsjónar og sjónrænnar úrvinnslu hins vegar (Ott, et al., 1996). Þessar niðurstöður eru því í samræmi við fyrri rannsóknir sem sýnt hafa fram á samband á milli skerts innsæis og hægri heilahvels (e.g. Mangone, et al., 1991; Reed, et al., 1993).

Minnisskerðing

Einn vandi við að rannsaka innsæisleysi hjá minnissjúkum einstaklingum er að sjúklingar með minniserfiðleika kunna hreinlega að hafa gleymt minniserfiðleikunum! Með þetta í huga mætti því ef til vill ætla að neikvætt samband sé á milli innsæis og stigs minnisskerðingar. Engu að síður telja Agnew og Morris (1998) að rannsóknir sem hafa sýnt fram á slíkt samband séu fáar og koma með þá tilgátu að innsæisleysi sé ekki afleiðing minnisskerðingar heldur hjálpi minnisskerðingin frekar að viðhalda innsæisleysinu. Fjölmargir rannsakendur styðja þessa kenningu (t.d. Auchus et al., 1994; Reed, et al., 1993; Starkstein, et al., 1993) en þessir rannsakendur hafa einnig sýnt fram á hlutverk framheilans í innsæisleysi (Agnew og Morris, 1998). Til dæmis gerðu Mangone og félagar (1991) blóðflæðirannsókn með SPECT og fundu að anosognosia tengdist bæði skertu blóðflæði í hægri bakhlíð framheila og hárri tíðni af falsk-jákvæðum svörum í kennslaminnisprófi.

Starkstein og félagar (1993), báru saman sjúklinga með og án anosognosia sem valdir voru m.t.t. staðsetningar skemmdar. Sjúklingar með anosognosia komu marktækt verr út á prófum sem talin eru reyna á framheila en sjúklingar án anosognosiu. Gagnstætt þeirri almennu skoðun að vitræn hömlun eins og minnisskerðing, gegni veigamiklu hlutverki í tilurð anosognosiu, fundu rannsakendur engan mun á útkomu minnisprófa í hópnum tveimur. Það var því ályktað að framheilaskerðing gæti átt ríkan þátt í innsæisleysi sjúklinga.

Frekari vísbendingar gegn því að minnisskerðing ein útaf fyrir sig valdi innsæisleysi koma fram í rannsóknum á minnissjúkum einstaklingum með skaða í gagnaugasvæði, en þessir einstaklingar þjáast ekki af

anosognosia (Starkstein, et al., 1995; 1997). Ennfremur hafa sumir Alzheimerssjúklingar gott innsæi þrátt fyrir alvarlega minnisskerðingu (Migliorelli, et al., 1995).

Truflanir í stjórnun og umsjón

Rachmachandran (1996) hefur sýnt fram á tvenns konar viðbrögð hjá sjúklingum með lélegt innsæi: sjúklingurinn getur gripið til íspuna (confabulation) varðandi eigin getu eða búið til afsakanir fyrir því af hverju hún/hann getur ekki framkvæmt ákveðið verkefni.

Íspuni er því fyrirbæri sem gera þarf ráð fyrir í rannsóknum á innsæisleysi. Hugtakið er oftast skilgreint sem „falsifications of memory occurring in a clear consciousness in association with an organically derived amnesia“ (Berlyne, 1972). Íspuni greinist oftast samhliða minnissýki (amnesia) og því hefur verið haldið fram að skert innsæi sé forsenda fyrir myndun íspuna (McGlynn & Scachter, 1987).

Agnew og Morris (1998) álykta út frá fyrri rannsóknum að íspuni tengist framheilavirkni og að framheillinn gegni mikilvægu hlutverki í stjórnun og umsjón, rökvinnslu, lausn viðfangsefna og vitrænum sveigjanleika.

Pannig kemur anosognosia stundum fram í minnissjúkdómum sem tengjast framheilanum eins og elli-glöpun í framheilaglöpun og elliglöpun af völdum æðakölkunar (Agnew og Morris, 1998).

Eins og að framan er getið gætir nokkurs hugtakavanda í rannsóknum á innsæi og framheilanum. Sumir rannsækendur kjósa frekar að nota orðið íspuni fyrir innsæisleysi af völdum framheilaskaða á meðan innsæisleysi af völdum skaða í hæggra heilahveli er oftast kallað anosognosia. Í Alzheimerssjúkdómi er ekki ólíklegt að bæði íspuni og anosognosia stuðli að hluta að því innsæisleysi sem einkennir sjúkdóminn (Mangone, et al., 1991).

Sjónræn úrvinnsla

Eins og áður var nefnt hefur anosognosia verið rannsakað í fjölda annarra taugasjúkdóma. Hjá sjúklingum með lómun í vinstri hlið líkamans hefur skaðinn verið staðsettur í hæggra hvirfilblaði og tengingum þess (Bisiach, et al., 1986). Þetta hefur leitt suma rannsækendur til að álykta að tengsl séu á milli hæggra heilahvelsins og anosognosia í AD. Eins og áður er getið hafa taugasálfræðilegar- og myndgreiningarannsóknir stutt þessa kenningu (t.d. Auchus, et al., 1994; Mangone, et al., 1991; Reed, et al., 1994).

Þrátt fyrir tengsl við hæggra heilahvel og framheila-blöð hefur anosognosia í AD einnig verið tengt öðrum heilasvæðum. Mangone og félagar (1991) komust að því að samband væri á milli innsæis og prófniðurstaða sjúklinga á verkstoli, skynjun í rými og sjónrænni úrvinnslu. Í rannsókn þar sem notaðir voru klínískir kvarðar til að mæla innsæi kom í ljós samband við truflun á sjónrænni úrvinnslu. Rannsækendur notuðu klukkupróf (Goodglass og Kaplan, 1972) og kubbapróf undirpróf WAIS-R (Weschler, 1981). Rannsækendur

bentu hins vegar á að framheillinn kunni einnig að gegna hlutverki í færni einstaklings til að skipuleggja sjónrænt efni (Auchus et al., 1994).

Rannsóknir á taugamyndgreiningu hafa leitt í ljós tengsl milli anosognosia og skerts blóðflæðis til framheila (Reed, et al., 1993). Því hefur verið haldið fram að anatómisk staðsetning anosognosia í AD kunni að vera í hvirfil-framheilabrautum í hæggra heilahveli, þ.e. í neðra hvirfilblaði, hlutum randkerfis og bakhlið framheilabarkar (Agnew og Morris, 1998). Þrátt fyrir þetta hefur öðrum rannsóknum ekki tekist að sýna fram á tengsl milli truflunar í hæggra heilahveli og skerts innsæis (t.d. Lopez, et al., 1994; Michon, et al., 1994). Umrætt samband er því enn sem komið er ósannað en áhugaverð kennisetning.

Geðhagur og innsæi

Alzheimerssjúkdómur getur haft í för með sér talsverðar breytingar á hegðun og persónuleika og m.a. hefur verið lýst ranghugmyndum, kvíða og sveiflukenndu skapi. Þrátt fyrir að Cotrell og Wild (1999) bendi á skort á rannsóknum á tengslum hegðunar við innsæisleysi í Alzheimerssjúkdómi hafa þó komið fram vísbendingar um hugsanleg tengsl ýmis konar hegðunar og innsæis. Sumar rannsóknir hafa sýnt fram á tengsl innsæis við ranghugmyndir (Migliorelli, et al., 1995), kæti eða ofsakæti og hækkað geðslag eða oflæti og hömluleysi (Kennedy, et al., 1993; Migliorelli, et al., 1995; Starkstein, et al., 1995). Athyglisvert er að breytingar á atferli hafa allar verið tengdar við framheila-skaða (Agnew og Morris, 1998).

Því hefur verið haldið fram að sjúklingar með skaða í hægri framheila, sem oft virðast fremur áhugalausir um alvarleika sjúkdómsins, séu með skert innsæi. Hins vegar virðast sjúklingar með skaða í framheila vinstra megin vera oftast þunglyndir og gætu því haft betri innsýn í erfiðleika sína (Reed, et al., 1993).

Geðslag

Rannsóknir á tíðni þunglyndis í AD hafa leitt til mjög mismunandi niðurstaðna eða að mati Migliorelli og féлага (1995) allt frá 0% til 86%. Líklegt er að þetta mikla ósamræmi stafi að hluta af misleitum sjúklinga-hóp og mismunandi aðferðafræði.

Sumir telja að þunglyndi í AD komi í kjölfar viðbragða sjúklingsins sem stendur frammi fyrir vaxandi vitrænni hömlun í tengslum við sjúkdóminn (Migliorelli, et al., 1995). Pannig hefur stundum verið talað um að líta megi á anosognosia sem sálræna vörn gegn þunglyndi. Hins vegar hafa ýmsir rannsækendur þ.á.m. Migliorelli og félagar (1995) haldið því fram að ef þunglyndi tengdist AD með þessum hætti þá ætti að greinast minna þunglyndi hjá þeim sem hafa skert innsæi samanborið við þá sem hafa gott innsæi. Sumar rannsóknaniðurstöður hafa hins vegar bent til hins gagnstæða þ.e. að aukið þunglyndi tengist skertu innsæi (Feher, et al., 1991).

Það er því óljóst hvort þunglyndi tengist sjúkdóms-

innsæi með sjálfstæðum hætti. Rannsóknir Cummings og félaga (1995) og Ott og félaga (1996) hafa ekki sýnt fram á tengsl milli þunglyndis í AD og innsæis (Zanetti et al., 1999). Hins vegar gáfu niðurstöður langsniðs rannsóknar Starkstein og félaga (1997) til kynna að samband væri milli þunglyndis og innsæis. Flestir sjúklinganna sem voru þunglyndir við upphaf rannsóknarinnar voru enn þunglyndir við eins til tveggja ára eftirfylgni. Einnig kom í ljós að sjúklingar sem ekki voru taldir þunglyndir við upphaf rannsóknarinnar reyndust hafa einkenni um þunglyndi við eftirfylgni. Samband greindist milli innsæis og þunglyndis með þeim hætti að þeir sjúklingar sem voru með skert innsæi höfðu minni þunglyndiseinkenni.

Niðurstöður rannsókna á hugsanlegu sambandi milli sjúkdómsstigs og innsæis eru einnig misvisandi. Sumar hafa sýnt fram á aukið þunglyndi snemma í sjúkdómnum (Pearson, et al., 1989) en aðrar fundu merki um aukið þunglyndi meðal AD sjúklinga með alvarleg glöþ (Burns, et al., 1990).

Reed og samstarfsmenn (1993) telja að samband innsæis og þunglyndis ráðist af staðsetningu skaða í ákveðnum anatómiskum kerfum sem AD kunni að hafa mismunandi áhrif á.

Sinnuleysi

Sinnuleysi er sennilega algengasta breytingin sem verður á hegðun Alzheimerssjúklinga (t.d. Ott, et al., 1996; Cummings, et al., 1995; Starkstein, et al., 1997), og kemur oft fram á byrjunarstigum sjúkdómsins (Cummings, et al., 1995). Ýmsar rannsóknir hafa gefið til kynna að tíðni sinnuleysis sé allt frá 46% til 92% (Starkstein, et al., 1997; Ott, et al., 1996; Cummings, et al., 1995; Reed, et al., 1993). Rannsóknir hafa einnig gefið til kynna að sinnuleysi tengist skertu innsæi (Migliorelli et al., 1995; Jorm et al., 1994; Grut et al., 1993; Sevush & Leve, 1993; Feher et al., 1991; McGlone et al., 1990; O'Connor et al., 1990; Derouesné et al., 1989). Af hegðunarvandamálum virðist sinnuleysi auk þess valda hvað mestum streituviðbrögðum hjá aðstandendum (Daffner, et al., 1999).

Sinnuleysi í AD virðist háð virkni í framheila, sérstaklega á svæðum sem liggja aftarlega og til hliðar. Ott og samstarfsmenn (1995), vísa til niðurstöðna rannsókna á sinnuleysi í öðrum sjúkdómum s.s. eftir heilablóðfall og Kluver-Bucy heilkenni og álykta að bæði sinnuleysi og skert innsæi tengist hægri heilahveli. Sömu höfundar (1995) gefa til kynna að e.t.v. tengist skert innsæi trufluðum taugaboðum milli fjarlæggra svæða heilabarkar. Vegna erfiðleika við greiningu er þó erfitt að álykta nánar um hugsanlega orsakaþætti sinnuleysis í AD út frá framangreindum rannsóknnum á öðrum sjúkdómum.

Vefrænt oflæti

Migliorelli og félagar (1995), komust að því að AD sjúklingar með anosognosia áttu við alvarlegri vitræna hömlun að stríða, áttu í meiri erfiðleikum með daglegar athafnir, greindust hærri á matskvarða „oflætis“

og sjúklegs hláturs en sjúklingar án anosognosia. Sjúklingarnir með anosognosia höfðu einnig átt við lengri veikindi að stríða. Rannsakendur drógu þá ályktun að anosognosia væri e.t.v. hluti af taugageðlæknisfræðilegu heilkenni.

Rannsóknir með myndgreiningu hafa gefið til kynna svæðisbundna lækkun á blóðflæði í hægri framheila í AD sjúklingum með hækkað geðslag (Migliorelli et al., 1995; Reed, et al., 1993). Migliorelli og félagar hafa túlkað niðurstöðurnar með þeim hætti að þær séu í samræmi við fyrri rannsóknir sem lýst hafa anosognosia og hækkuðu geðslagi hjá sjúklingum sem orðið hafa fyrir skaða í hægri heilahveli og hægri framheila (Migliorelli, et al., 1995).

Samverkandi þættir

Flestar rannsóknir benda til þess að innsæi sé óháð félagslegum breytum eins og lengd menntunar, aldur við upphaf sjúkdóms og sjúkdómslengd (Vasterling et al., 1997; Sevush & Levy, 1993; Feher et al., 1991; Mangone et al., 1991). Nýleg rannsókn eftir Derouesne og félaga (1999) fundu engin tengsl á milli innsæis og lengdar menntunar eða kyns sjúklinga.

Alvarleiki sjúkdóms

Hingað til hefur anosognosia verið talin stafa af hinni viðtæku vitrænu hömlun sem fylgir langt gengnum Alzheimerssjúkdómi (Weinstein og Kahn, 1955). Hins vegar hefur verið sýnt fram á að anosognosia getur hjálpað til við að greina á milli Alzheimerssjúkdóms og æðaglöþun á byrjunarstigi þegar aðrir vitrænir þættir eru lítið hamlaðir (DeBettignies et al., 1990; Mahendra, 1984).

Sumir rannsakendur eru þó ekki á sama máli og hafa Mullen og félagar (1996) haldið því fram að innsæi haldist nokkuð gott í upphafi en verði minna eftir því sem liður á sjúkdóminn. Þessar niðurstöður eru í samræmi við það sem aðrir höfundar hafa fundið þ.á.m. Sevush og Leve (1993), Mangone og félagar (1995) og Starkstein og félagar (1996).

Flestar rannsóknir hafa ekki fundið samband á milli innsæis og alvarleika sjúkdóms (Kotler-Cope & Camp, 1995; Auchus et al., 1994; Verhey et al., 1993; Reed et al., 1993; Feher et al., 1991; DeBettignies et al., 1990). Engu að síður hafa ýmsir rannsakendur komist að þeirri niðurstöðu að innsæi minnki við aukinn alvarleika sjúkdóms (Starkstein et al., 1996; McDaniel et al., 1995; Migliorelli et al., 1995; Lopez et al., 1994; Sevush and Leve, 1993; Mangone et al., 1991).

Schneck og samverkamenn (1982) notuðu aðra nálgun og telja að innsæi sé að hluta tengt alvarleika sjúkdómsins. Þeir skiptu AD sjúklingum í hópa eftir þremur stigum og sýndu fram á hvernig innsæi virtist óskert við upphafs „gleysku“stig, síðan skert snemma í „rugl“fasa og ekki lengur til staðar í „glöþunar“lokastigi. Í samræmi við niðurstöður Schneck og félaga (1982), hafa Reisberg og samverkamenn (1985) komist að þeirri niðurstöðu að AD sjúklingar þróist frá

„byrjunar ruglfasa“ til „glöpunarfasa“ og að innsæi minnki með aukinni vitrænni skerðingu.

Með svipuðum hætti komst Zanetti (1999) að þeirri niðurstöðu að innsæi mætti skoða út frá þríþættu línulegu líkani. Innsæi sé því sem næst óskert í upphafi sjúkdómsins og á milli MMSE stiga 24 og 12 dragi úr innsæi og sé að lokum alvarlega skert við MMSE stig 12 og lægri.

Varanleiki sjúkdóms

Eins og áður er getið hafa sumir talið að skert innsæi tengist alvarleika glöpunar og stig innsæis ætti því að breytast eftir því sem sjúkdómurinn þróast (Mullen, et al., 1996). McDaniel og samverkamenn (1995), sýndu fram á að innsæi hjá u.þ.b 30 af hundrað AD sjúklingum hafði lækkað tveimur árum eftir mat. Hins vegar virtist innsæi jafnvel betra hjá tíunda hluta sjúklinga.

Migliorelli og félagar (1995) fundu marktækt neikvætt samband milli innsæis og varanleika sjúkdóms. Þeir báru saman sjúklinga með sambærileg MMSE stig annars vegar með anosognosia og hins vegar án anosognosia og komust að þeirri niðurstöðu að sjúklingar sem höfðu minna innsæi höfðu átt við marktækt lengra sjúkdómsferli að stríða. Höfundarnir töldu því að anosognosia væri merki um hægfara þróun AD.

Umræða

Í þessari grein hefur verið fjallað um innsæi og vitræna getu hjá AD sjúklingum út frá viðkomandi fræðigreinum sem m.a. hafa leitast við að finna tengsl milli ýmissa hugsanlegra orsaka- og samverkandi þátta.

Rannsakendur hafa leitast við að útskýra fyrirbærið frá mismunandi sjónarhornum. Ein kennisetning gerir ráð fyrir að skert innsæi kunni að orsakast af sálrænum varnarhætti sem verji sjúklinginn frá þunglyndi (Lewis, 1991). Aðrir rannsakendur hafa gagnrýnt þessa kennisetningu og telja að anosognosia (í öðrum taugasjúkdómum) sé venjulega aðeins greind þegar skaði er staðsettur í hægri heilahveli og yfirleitt ekki þegar skaðinn er vinstra megin. Sálræn varnarviðbrögð geti því ekki skýrt fyrirbærið (Ramachandran, 1996). Auk þess hefur verið sýnt fram á óskert innsæi hjá sjúklingum sem þjást af heilkennum sem einkennast af minnissýki sem hafa jafnalvarleg og hamlandi áhrif og AD (Agnew og Morris, 1998).

Margar rannsóknir á anosognosia hafa því beinst að þunglyndi sem tilfinningaviðbrögðum við sjúkdómnum. Ósamræmi hefur verið í niðurstöðum, sumir rannsakendur hafa fundið jákvæð tengsl milli þunglyndis og innsæis (Migliorelli, et al., 1995) og aðrir hafa ekki fundið nein slík tengsl (t.d. Ott et al., 1996; Cummings, et al., 1995). Þess utan hafa sumar rannsóknir jafnvel sýnt fram á neikvætt samband milli þunglyndis og innsæis (Feher, et al., 1991).

Eitt verkefni rannsakaði innsæi AD sjúklinga fyrir minnistapi í sambandi við taugasálfræðilegar prófanir og þunglyndi. Gagnstætt niðurstöðum Mangone og

féлага (1991) og Sevush og Leve (1993), reyndist innsæi ekki tengjast alvarleika glöpunar eins og mælt með MMSE. Þess utan reyndist anosognosia hvorki tengjast varanleika sjúkdóms né alvarleika þunglyndis og sjúklingar sem gerðu sér grein fyrir minnisskerðingu sinni voru ekki líklegri til að vera þunglyndir en sjúklingar sem ekki gerðu sér grein fyrir skerðingunni. Rannsakendurnir komust að þeirri niðurstöðu að glöpun sé ekki ein og sér góð vísbending um anosognosia en að sértækar truflanir á minni og tengsl við framheila kunni að vera þýðingarmeiri við mat á skertu innsæi fyrir minnistapi (Reed, et al., 1993).

Nokkur fjöldi taugasálfræðilegra rannsókna hafa verið gerðar (t.d. Ott, et al., 1996; Derouesné, et al., 1999) en flestum hefur ekki tekist að sýna fram á marktækt samband á milli innsæis og niðurstöðu á taugasálfræðilegum prófum (t.d. Starkstein, et al., 1995). Aðalniðurstöður þessara rannsókna gefa til kynna að samband sé milli innsæis og truflana í stjórnnun, umsjón og sjónrænni úrvinnslu. Rannsóknir með myndgreiningu hafa einnig stutt þessar niðurstöður og hafa aðallega komið fram vísbendingar um truflanir í framheila (t.d. Starkstein, et al., 1993).

Ýmis konar truflanir á atferli tengjast AD þó þær séu mjög mismunandi milli einstaklinga. Helstar eru þunglyndi, sinnuleysi, kvíði, oflæti og ranghugmyndir, fyrirbæri sem talin eru tengjast starfsemi framheila (t.d. Kennedy, et al., 1993). Sumar rannsóknir hafa beinst að sambandi milli atferlis og innsæis þó slíkar rannsóknir séu fáar (Cotrell og Wild, et al., 1999). Algengasta fyrirbærið sem virðist tengjast skertu innsæi er sinnuleysi.

Derouesné og samverkamenn (1999) hafa vakið athygli á kennisetningum sem Babinski (1914) setti fram um að skert innsæi tengdist hugsanlega tilfinningalegum þáttum. Hann lýsti sjúklingum sem þrátt fyrir gott innsæi virtist standa á sama um alvarleika sjúkdómsins og nefndi fyrirbærið anosodiphoria.

Ljóst er að skert innsæi kemur oft fyrir í AD. Rannsóknaniðurstöður fram til þessa gefa til kynna að innsæi tengist truflun í stjórnnun, umsjón og sjónúrvinnslu. Hins vegar geta ýmsir taugasálfræðilegir og geðslagsþættir haft áhrif á innsæi á mismunandi stigum sjúkdómsins. Anosognosia og skert innsæi á minni í AD ætti ekki að líta á sem neitt afmarkað fyrirbæri, heldur sem hluta af semfelldu ferli (t.d. Bahro et al., 1995; Agnew og Morris, 1998).

Heimildir

- Agnew, S. K., & Morris, R. G. (1998). The heterogeneity of anosognosia for memory impairment in Alzheimer's disease: A review of the literature and a proposed model. *Ageing and Mental Health*, 2, 7-19.
- Auchus, A. P., Woodard, J. L., Goldstein, F. C., Green, J., & Green, R. C. (1996). Anosognosia in Alzheimer's disease. *Arch Neurol* 53, (1), 10.
- Babinski, M. J. (1914). Contribution à l'étude des troubles mentaux dans l'hémiplégie organique cérébrale. *Revue Neurologique*, 1, 845-848.
- Bahro, M., Silber, E., & Sunderland, T. (1995). How do patients with Alzheimer's disease cope with their illness? A clinical experience report. *Journal of American Geriatric Society*, 43(1), 41-46.
- Berlyne, N. (1972). Confabulation. *British Journal of Psychiatry* (554), 31-39.
- Bisiach, E., Vallar, G., Perani, D., Papagno, C., & Berti, A. (1986). Unawareness of disease following lesions of the right hemisphere: anosognosia for

- hemiplegia and anosognosia for hemianopia. *Neuropsychologia*, 24, (4), 471-482.
- Burns, A., Luthert, P., Levy, R., Jacoby, R., & Lantos, P. (1990). Accuracy of clinical diagnosis of Alzheimer's disease. *British Medical Journal*, 3, (6759), 1026.
- Cotrell, V., & Wild, K. (1999). Longitudinal study of self-imposed driving restrictions and deficit awareness in patients with Alzheimer Disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 13, (3), 151-156.
- Cummings, J. L., Ross, W., Absher, J., Gornbein, J., & Hadjiaghai, L. (1995). Depressive symptoms in Alzheimer disease: assessment and determinants. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 9, (2), 87-93.
- Daffner, K. R., Mesulam, M. M., Cohen, L. G., & Scinto, L. F. (1999). Mechanisms underlying diminished novelty-seeking behavior in patients with probable Alzheimer's disease. *Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioural Neurology*, 12, (1), 58-66.
- DeBettignies, B. H., Mahurin, R. K., Pirozzolo, F. J. (1990). Insight for impairment in independent living skills in Alzheimer's disease and multi-infarct dementia. *Journal of Clinical Experimental Neuropsychology*, 12, 355-363.
- Derouesné, C., Thibault, S., Lagha-Pierucci, S., Baudouin-Madec, V., Ancrì, D., & Lacomblez, L. (1999). Decreased awareness of cognitive deficits in patients with mild dementia of the Alzheimer type. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 14, (12), 1019-1030.
- Feher, E. P., Doody, R. S., Whitehead, J., & Pirozzolo, F. J. (1991). Progressive nonfluent aphasia with dementia: a case report. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 4, (4), 236-240.
- Grut, M., Jorm, A. F., Fratiglioni, L., Forsell, Y., Viitanen, M., & Winblad, B. (1993). Memory complaints of elderly people in a population survey: variation according to dementia stage and depression. *Journal of American Geriatric Society*, 41, (12), 1295-1300.
- Goodglass, H., & Kaplan, E. (1972). The assessment of aphasia and related disorders. Philadelphia, PA: Lea and Febiger.
- Hutchinson, S. A., Leger-Krall, S., & Wilson, H. S. (1997). Early probable Alzheimer's disease and awareness context theory. *Social Sciences and Medicine*, 45, (9), 1399-409.
- Jorm, A. F., Christensen, H., Henderson, A. S., Korten, A. E., Mackinnon, A. J., & Scott, R. (1994). Complaints of cognitive decline in the elderly: a comparison of reports by subjects and informants in a community survey. *Psychological Medicine*, 24, (2), 365-374.
- Kennedy, J. S., Strauss, M. E., Smyth, K. A., & Whitehouse, P. J. (1993). The relationship of clinical psychopathologic rating and cognitive factors to clinical dementia staging. *Prog Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 17, (5), 775-779.
- Kotler-Cope, S., & Camp, C. J. (1995). Anosognosia in Alzheimer Disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 9, (1), 52-56.
- Lopez, O. L., Becker, J. T., Somsak, D., Dew, M. A., & DeKosky, S. T. (1994). Awareness of cognitive deficits and anosognosia in probable Alzheimer's disease. *European Neurology*, 34, (5), 277-282.
- Mahendra, B. (1984). Some ethical issues in dementia research. *Journal of Medical Ethics*, 10, (1), 29-31.
- Mangone, C. A., Hier, D. B., Gorelick, P. B., Ganellen, R. J., Langenberg, P., Boorman, R., & Dollear, W. C. (1991). Impaired insight in Alzheimer's disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 4, (4), 189-193.
- McDaniel, K. D., Edland, S. D., & Heyman, A. (1995). Relationship between level of insight and severity of dementia in Alzheimer disease. CERAD Clinical Investigators. Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 9, (2), 101-104.
- McGlone, J., Gupta, S., Humphrey, D., Oppenheimer, S., Mirsen, T., & Evans, D. R. (1990). Screening for early dementia using memory complaints from patients and relatives. *Archives of Neurology*, 47, (11), 1189-1193.
- McGlynn, S. M., & Schacter, D. L. (1987). Unawareness of deficits in neurological syndromes. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 11, (2), 143-205.
- Michon, A., Deweer, B., Pillon, B., Agid, Y., & Dubois, B. (1994). Relation of anosognosia to frontal lobe dysfunction in Alzheimer's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 57, (7), 805-809.
- Migliorelli, R., Teson, A., Sabe, L., Petracca, G., Petracchi, M., Leiguarda, R., & Starkstein, S. E. (1995). Anosognosia in Alzheimer's disease: a study of associated factors. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 7, (3), 338-344.
- Mullen, R., Howard, R., David, A., & Levy, R. (1996). Insight in Alzheimer's disease. *International Journal of Psychiatry*, 11, 645-651.
- Neary, D., Snowden, J. S., Mann, D. M., Bowen, D. M., Sims, N. R., Northen, B., Yates, P. O., & Davison, A. N. (1986). Alzheimer's disease: a correlative study. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 49, (3), 229-237.
- O'Connor, D. W., Pollitt, P. A., Roth, M., Brook, C. P., & Reiss, B. B. (1990). Problems reported by relatives in a community study of dementia. *British Journal of Psychiatry*, 156, 835-841.
- Ott, B. R., Laffèche, G., Whelihan, W. M., Buongiorno, G. W., Albert, M. S., & Fogel, B. S. (1996). Impaired awareness of deficits in Alzheimer disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 10, (2), 68-76.
- Pearson, J. L., Teri, L., Reifler, B. V., & Raskind, M. A. (1989). Functional status and cognitive impairment in Alzheimer's patients with and without depression. *Journal of American Geriatric Society*, 37, (12), 1117-1121.
- Prigatano, G. P. (1991). Disturbances of self-awareness of deficit after traumatic brain injury. In G. P. Prigatano & D. L. Schacter (Eds), *Awareness of deficit after brain injury: Clinical and theoretical issues* (pp. 111-126). New York: Oxford University Press.
- Ramachandran, V. S. (1995). Anosognosia in parietal lobe syndrome. *Consciousness and Cognition*, 4, (1), 22-51.
- Ramachandran, V. S. (1996). What neurological syndromes can tell us about human nature: some lessons from phantom limbs, capgras syndrome, and anosognosia. *Cold Spring Harb Symp Quant Biol*, 61, 115-134.
- Reed, B. R., Jagust, W. J., Coulter, L. (1993). Anosognosia in Alzheimer's disease: relationship to depression, cognitive function, and cerebral perfusion. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 15, 231-244.
- Reisberg, B., Gordon, B., McCarthy, M., & Ferris, S. H. Clinical symptoms accompanying progressive cognitive decline and Alzheimer's disease. In: Melnick, V. L., Dubler, N. N., eds. *Alzheimer's dementia*. Clifton, New Jersey: Humana Press, 1985: 19-39.
- Rossor, M. R. (1993). Alzheimer's disease. *British Medical Journal*. 307, 779-782.
- Schneck, M. K., Reisberg, B., & Ferris, S. H. (1982). An overview of current concepts of Alzheimer's disease. *American Journal of Psychiatry*, 139, (2), 165-173.
- Sevush, S., & Leve, N. (1993). Denial of memory deficit in Alzheimer's disease. *American Journal of Psychiatry* 150, (5), 748-751.
- Starkstein, S. E., Fedoroff, J. P., Price, T. R., Leiguarda, R., & Robinson, R. G. (1993). Apathy following cerebrovascular lesions. *Stroke*, 24, (11), 1625-1630.
- Starkstein, S. E., Vazquez, S., Migliorelli, R., Teson, A., Sabe, L., & Leiguarda, R. (1995). A single-photon emission computed tomographic study of anosognosia in Alzheimer's disease. *Archives of Neurology*, 52, (4), 415-420.
- Starkstein, S. E., Sabe, L., Chmerinski, E., Jason, L., & Leiguarda, R. (1996). Two domains of anosognosia in Alzheimer's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 61, (5), 485-490.
- Starkstein, S. E., Chmerinski, E., Sabe, L., Kuzis, G., Petracca, G., Teson, A., & Leiguarda, R. (1997). Prospective longitudinal study of depression and anosognosia in Alzheimer's disease. *British Journal of Psychiatry*, 171, 47-52.
- Vasterling, J. J., Seltzer, B., & Watrous, W. E. (1997). Longitudinal assessment of deficit unawareness in Alzheimer's disease. *Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioural Neurology*, 10, (3), 197-202.
- Verhey, F. R., Jolles, J., Ponds, R. W., Rozendaal, N., Plugge, L. A., de Vet R. C., Vreeling, F. W., & van der Lugt, P. J. (1993). Diagnosing dementia: a comparison between a monodisciplinary and a multidisciplinary approach. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 5, (1), 78-85.
- Weinstein, E. A., & Kahn, R. L. (1995). Denial of Illness: Symbolic and physiological aspects. Springfield, IL: Charles C. Thomas Publishing Co.
- Weschler, D. Manual for the WAIS-R. New York, NY: Psychological Corporation, 1981.
- Zanetti, O., B., Vallotti, B., Frisoni, G. B., Geroldi, C., Bianchetti, A., Pasqualetti, P., & Trabucchi, M. (1999). Insight in dementia: when does it occur? Evidence for a nonlinear relationship between insight and cognitive status. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 54, (2), P100-6.

Við styrkjum Öldrunarfræðafélag Íslands:



Hópmeðferð fyrir aldraða

Sæmundur Haraldsson

læknir, stundaði nám í analýtískri grúppumeðferð í 3 ár á vegum Institute of Group Analysis í Ósló 1985 til 1987 á meðan hann var við nám í geðlækningum í Noregi. Hann starfar á Landakoti.



Öllum æviskeiðum fylgja sérstök vandamál, sem þarf að takast á við. Lífsgæði hvers og eins eru oftast í samræmi við hvernig okkur tekst að ráða fram úr þessum verkefnum.

Aldraðir hafa á sinni löngu ævi öðlast lífsreynslu og þroska, sem gerir þeim furðu oft fært að lifa góðu lífi í æðruleysi og hugarró, þrátt fyrir ýmsa fylgífiska öldrunar.

Aldraðir verða fyrir missi ástvina, heilsu, færni, sjálfstæðis eða sjálfsbjargargetu, þótt margir eigi því láni að fagna að halda heilsu og getu til að takast á við sín vandamál.

Aldraðir á hjúkrunarheimilum og öðrum stofnunum fyrir aldraða eru þangað komnir vegna færni- og heilsuskerðingar.

Fjöldi rannsókna hefur sýnt fram á að aukin sjúkdómsbyrði hjá öldruðum leiðir til aukinnar tíðni þunglyndiseinkenna og kvíða (1,2). Þarna er trúlega um að ræða samspil milli beinna áhrifa ýmissa sjúkdóma á heila ss. Parkinson, Alzheimer, hjarta-og æðasjúkdóma og sálfélagslegra afleiðinga, vegna færnis-skerðingar og heilsubrestra.

Algengi klíníks þunglyndis er um 12-14% meðal allra eldri en 65 ára eða svipað og almennt gerist, en alvarlegt þunglyndi (DSM-IV) er 1-2% hjá sama þýði (Epidemiological Catchment Study). Hins vegar eru tölurnar miklu hærri, þegar íbúar hjúkrunarheimila eru skoðaðir og þar telja flestar rannsóknir að um 30 % hafi klínískt þunglyndi, þ.e.a.s. þunglyndi, sem þarfnast meðferðar. Tölur upp í 60% sjást einnig. Þessi mismunur segir sína sögu um hve erfitt er að meta þunglyndi hjá fjölveikum öldruðum með þeim mælitækjum, sem tiltæk eru. Kvíði er oft áberandi samfara þunglyndi hjá öldruðum ásamt líkamlegum einkennum. Þunglyndiseinkennin auka færnis-skerðingu og draga þannig úr lífsgæðum og lífsvilja og mótstöðuafli gagnvart sjúkdómum.

Fyrir utan almenna umönnun og aðhlynningu er meðferð þunglyndis aldraðra aðallega fólgin í lyfjameðferð með þunglyndislyfjum. Lyfin gera vissulega gagn og sérstaklega þau nýrri (SSRI,SNR), sem hafa minni aukaverkir en þau gömlu fyrir aldraða. En alvarlegar aukaverkanir eru áfram vandamál, auk þess sem svörun við lyfjameðferðinni er þegar best lætur um 70%. Oft standa þá eftir ýmis þunglyndiseinkenni (3), sem svara ekki lyfjameðferð. Raflostmeðferð er oft mjög virk gegn alvarlegu þunglyndi og er snennilega of lítið notað meðferðarform hér á landi.

Margar rannsóknir hafa sýnt fram á árangur samtalsmeðferðar (sál-lækninga) í meðhöndlun þunglyndis aldraðra (4,5), einkum þegar um er að ræða létt eða miðlungsalvarlegt þunglyndi. Einnig hefur blönduð meðferð með samtalsmeðferð ásamt þunglyndislyfjum sýnt betri árangur en önnur þessara meðferðaforma ein og sér (2).

Vandamálið er að samtalsmeðferð krefst tíma, fáir geta veitt slíka meðferð og því fáir sem njóta hennar. Hópmeðferð bætir aðeins úr skák hvað þetta varðar.

R.og K.Aday söfnuðu saman í bók (Group Work

with the Elderly), því sem hafði verið birt um hópmeðferð fyrir aldraða frá 1970 til 1996 og voru það 451 greinar, rannsóknir og annað efni, sem hafði birst á þessum tíma. Ýmis hópstarfsemi er í gangi á vistheimilum fyrir aldraða ss. föndur, leikfimi, o.s.frv. Vismenn eru hluti af samfélagi vistheimilisins og þeim hópum, sem þar eru. Samskipti þeirra við aðra vistmenn, starfsfólk, ættingja og vini ráða miklu um hvernig þeim líður og dafnar.

Í samskiptum við aðra fá menn staðfestingu á og þekkingu um hverjir þeir eru. Náin samskipti, sem eru einhvers virði, rjúfa einangrun og bægja frá einmana-leika. Þetta er vettvangur hópmeðferðar.

Um hópmeðferð

Hópmeðferðarformsins er fyrst getið 1907, en eftir seinni heimstyrjöldina hefur þessu meðferðarformi vaxið fiskur um hrygg. Ýmsar gerðir grúppumeðferðar fyrirfinnast og voru þær flestar byggðar á hugmyndafræði sálkönnunar framan af. Foulkes skilgreindi hópferlið og kom á fót skipulagðri kennslu í sálkönnunnarhópmeðferð í Institute of Group Analysis í London. Þessi skóli hefur síðan fært út kviarnar og náð útbreiðslu, einkum í Evrópu (6).

Sálkönnunar- hópmeðferð er langtímameðferð og þarf a.m.k.eitt ár í 1^{1/2} klst. vikulega með 7-8 fasta meðlimi, til þess að stjórnandanum gefist tóm til að skapa skilyrði fyrir þróuðum hóp-kultúr. Hópurinn fer í gegn um ákveðið ferli, sem stjórnndinn beinir í ákveðna átt. Þegar einhver tjáir sig um eitthvað kallar það á endurómun af viðbrögðum hjá hinum og endurkastast í keðjuverkun í ákveðnu samhengi (context), sem unnið er með. Stjórnandinn túlkar síðan heildarhópferlið og má líkja honum við stjórnanda hljómsveitar, sem beinir athygli sinni að heildarhljómnunum og hvort verkið hljómar vel, sé fullt af skilningi og lifandi tilfinningu hjá öllum einstaklingum sveitarinnar.

Sálræn einkenni eru talin vera yfirborðsbirtingarmyndir undirliggjandi óleystra hnúta og þroskastöðnunar. Og sé sömu líkingu haldið áfram þá þurfa meðlimir að fá tíma til að kynnast sínum hljóðfærum, svo þeir spili ófalskt og í takti, til þess að tónlistin, sem inniheldur allar hugsanir þeirra, tilfinningar og þrár, lifni við og þróist yfir á æðra svið.

Of langt mál er að fara nánar út í slíka meðferð hér, en áhugasömum er bent á bók Sigmund Karteruds Gruppeanalyse (7).

Í skammtíma hópmeðferð er líka mikilvægt að skilja og vinna með hópferlið út frá þessum lögmálum, því allir hópar ganga gegn um þessi ferli. Það þarf að byrja, það er miðkaflinn og það kemur að lokum hópsins. Slík skammtíma-hópmeðferð er þó frábrugðin sálkönnunar-hópmeðferð að því leyti, að hér er unnið með afmörkuð vandamál, í stað þess að vinna með alla manneskjuna í sinni dýpt (8).

Yalom skilgreindi í sinni bók The Theory and Practice of Group Psychotherapy (9) hvaða þættir virka lækandi í hópmeðferð. Þeir eru helstir:

1. Samkennd – þú ert ekki einn, einmanaleiki rofnar, tilveran staðfestist.
2. Kveikja von – vonleysið minnkar, m.a. við að sjá aðra ná tökum á sínum vandamálum.
3. Fræðsla um vandamál /sjúkdóma (psychoeducation).
4. Gagnvirkur stuðningur – að vera séður, heyrður, að veita öðrum stuðning.
5. Félagsleg þjálfun – að tjá sig, læra af öðrum, líkjast öðrum (ideal).
6. Leiðréttandi endurmat á eigin viðbrögðum.

Til eru margskonar form fyrir hópmeðferð, svo sem grúppur fyrir meðferðaraðila, handleiðslugrúppur, stuðningsgrúppur fyrir umönnunaraðila, tjáningar- og list grúppur, leikspunagrúppur (psychodrama), örvunargrúppur (remotivational), raunveruleikaáttunar grúppur, endurminningargrúppur, huglæg atferlismeðferð í hóp og atferlismeðferð í hóp. Einnig ýmsar sjálfshjálpargrúppur (AA,sorgargrúppur o.fl.).

Algeng form hópmeðferðar fyrir aldraða

Huglæg atferlismeðferð í hóp hefur verið talsvert rannsökuð á síðustu árum. Hún byggist á kenningum Becks um að atvik leiði til hugsunar, sem kalli á viðbrögð og athafnir. Hér er unnið með hugsun og viðhorf. Markmiðið er að umbreyta ógagnlegum hugsunum og hegðun og finna hentugri lausnir. Einstaklingsbundin markmið eru fyrirfram skilgreind. Síðan er að þjálf þessar aðferðir með heimaverkefnum, sem sett eru fyrir. Áherslan er á „hér og nú“. Ósjálfráðar hugsanir og óraunhæf viðhorf eru fundin, rannsökuð og sannpröfuð og fundnar hentugri lausnir. Líðan er umorðuð og þættuð og þannig gerð víðráðanlegri. Slökun og ákveðni er þjálfuð (10).

Endurminningargrúppur (11). Þetta form hefur talsvert verið notað á hjúkrunar- heimilum og einnig fyrir heilabílaða. Hópurinn rifjar upp jákvæðar minningar um eitthvað, sem allir kannast við t. d. uppáhalds frídagar, fyrsta ástin, skólaminningar, fyrsta launaða vinnan, leikfélagar, ferðalög, ákveðin tímabil, t.d.stríðsárin. Þátttakendur æfast í að tjá sig og það eykur sjálfstraust og samkennd og vikur burt sleni og deyfð. Ljósmyndir og aðrir hlutir eru oft notaðir, sem hjálpar-tæki.

E.F. Klausner lýsti *fókuseraðri þemagrúppu* fyrir þunglynda, sem ekki höfðu svarað lyfjameðferð. Þessi hópmeðferð byggist að miklu leyti á aðferðum huglægrar atferlismeðferðar (12).

Þar eru fyrirfram skilgreind markmið, virkur stjórnandi og áhersla á fræðsluþáttinn. Tekin eru fyrir vandamál og farið ítarlega út í þau, í hverju þau felast og rætt um meðferðarúrræði. Þá er markvisst unnið að

færniþjálfun (skills training). Kastljósinu er beint að sveigjanleika, úrræðagetu og viskubrunni lífsreynslunnar til þess að ná raunhæfum markmiðum.

Á undirbúningstímanum fyrir hópmeðferð á vistheimili hér í bæ, þróuðust hugmyndir um að notast við blandaða aðferðarfræði í hópmeðferðinni. Áherslan var á huglæga atferlismeðferð, fókuseraða þemagruppu og endurminningarþáttur var hafður með í byrjun. Aðferðir sálkönnunar-hópmeðferðar voru einnig notaðar til þess að skilja og túlka hvað var í raun og veru um að vera á fundunum.

Undirbúningur

Öll umgjörð hópmeðferðar er afar mikilvæg. Það þarf að finna hentugan stað, rúmgott herbergi með þægilegum stólum, borði og góðu aðgengi. Og ekki síst stað, þar sem tryggt er algjört næði á fundartíma. Fastir fundartímar eru valdir, á sama stað einu sinni í viku, eina til eina og hálfa klukkustund í senn. Fjölveikir aldraðir eiga sumir erfitt með að sitja lengi og því var fundartími ákveðinn 1 klst. í senn og í allt 15 skipti. Þunglyndi og kvíði voru skilgreind sem viðfangsefni hópmeðferðarinnar.

Þegar þátttakendur eru valdir þarf að huga að því að aldraðir eru óvanir hópmeðferð og óttast að missa andlit. Það þarf því að nota tíma í einstaklingssamtölum til að eyða þessum kvíða og útskýra aðferðir og markmið. Hópmeðferðinni var líkt við námskeið eða skóla. Í forskoðun var tekin sjúkrasaga, læknisskoðun gerð og mat gert á þunglyndiseinkennum með GDS (Geriatric Depression Scale) og MADRS (Montgomery-Aasbergs Depression Rating Scale), sem eru staðlaðir þunglyndisskalar hér á landi.

Einnig var vitræn geta metin og færni. Þá var reynt að skilgreina vandamál, sem hægt væri að vinna með og einstaklingsbundin markmið skilgreind.

Almenn markmið:

- Að ná betri tökum á sínum vandamálum, finna aðrar lausnir.
- Betri líðan og færni, aukin lífsgæði.
- Aukið sjálfstraust og not af viskubrunni ellinnar.
- Aukin félagsleg og líkamleg virkni.
- Aðlögun að og sátt við óhjákvæmilega skerðingu og sjúkdóma
- og við dauðann, sem nálgast.

Samsetning hópsins er mikilvæg og ber ekki að hafa of einsleitan hóp. Þátttakendur verða að heyra sæmilega, vera vitræn óskertir (að mestu leyti) og ekki geðveikir.

Stjórnandinn er oftast einn, en meðstjórnanda er oft gott að hafa m.a. í fræðsluskini. Soffía Snorradóttir hjúkrunarfræðingur var meðstjórnandi á fundunum. Hennar hlutverk var fyrst og fremst að fylgjast með við-

brögðum hvers og eins og með hópheildinni. Eftir fundina ræddum við það sem gerst hafði. Fyrir fundi ræddum við að hverju ljósið ætti að beinast að þessu sinni. Hún lagði mikla vinnu í undirbúninginn og við forskoðun, enda þekkti hún alla þátttakendur mjög vel fyrirfram.

Stjórnandinn þarf að hafa samýgð og áhuga á velferð sinna skjólstæðinga.

Hópurinn og hópmeðferðin

Í okkar hóp á vistheimilinu voru valdar sjö fjölveikar konur og voru þær allar óskertar vitræn, nema ein vægt skert með MMSE 22/30 stig. Fjórar þeirra höfðu sögu um alvarlegt þunglyndi. Fimm notuðu þunglyndislyf, allar róandi lyf eða svefnlyf og tvær sefandi lyf. Engar lyfjabreytingar urðu á meðferðartímanum. Alls varð fjöldi funda sautján skipti, vikulega í eina klukkustund í senn.

Allar voru ekkjur nema ein, sem átti mann á lífi. og allar áttu börn nema ein. Aldurinn var frá 77 til 90 ára, að meðaltali 85 ára. Fimm notuðu göngugrind og ein hjólastól.

Í upphafi fengu allar afhentar einfaldar fundarreglur: 1) Stundvísi og mætingarskylda, 2) Trúnaður og þagnarskylda, 3) Allir geta tjáð sig, en einn í einu, hinir hlusta, 4) Allir hjálpist að við að ná markmiðum hópsins og auðsýni tilíssemi.

Á fyrsta fundinum var fræðsla og almennar umræður um hópmeðferðina. Þá var rætt um vist á stofnun og þær allar hvattar til að nota tækifærið til að ræða nú um það sem skiptir þær máli og það sem þeim er mikilvægt. Einnig var rætt um trúnaðartraust.

Til þess að draga úr kvíða og spennu á fundum og til að skapa þægilegt andrúmsloft og ekki síst til þess að setja kúrsinn, var fundarformið haft mjög skipulagt í fyrstu. Stjórnandinn var virkur með sínar spurningar og ábendingar. Síðari fundina, þegar samvirkur grúppukúltúr hafði myndast, dró stjórnandinn sig meir í hlé, nema í fræðsluþættinum.

Skipulag fundanna var þannig að:

1. Fyrst var minnt á fundarreglur.
2. Síðan gengið á röðina og hver og einn spurður um síðasta fund og þemað, sem þá var til umræðu, hvernig síðasta vika var og hvernig líðanin er núna.
3. Þá var tekið fyrir ákveðið þema, vandamál, sem venjulega var þegar komið fram sem rauður þráður í umræðunum á undan.
4. Fræðsluþáttur – læknisfræðilegar upplýsingar um vandamálið t.d. þunglyndi, kvíði, sorgarviðbrögð, þvagleki.
5. Viðeigandi verkefni fundin
6. Endurminningarþáttur – hvernig var ?
7. Slökun í 5 mínútur.

Mismikil áhersla var lögð á hvern þátt hverju sinni. Endurminningarþátturinn var notaður mest á fyrstu fundunum, á meðan þátttakendur voru að kynnast.

Slökun var fastur liður í lok fundanna. Notuð var eins konar sefjunarslökun með áherslu á djúpa og reglulega öndun, vöðvaslökun og skyntengdar ímyndanir, þar sem t.d. maður rifjar upp fyrir sér fallegan og kyrrlátan stað, sér hann fyrir sér, finnur ilminn, heyrir fuglasönginn og lækjargjálfríð, finnur goluna strjúkast um vangann, hitann af sólinni og snertinguna við grasbalann, þar sem maður liggur og horfir á skýin líða hjá. Slökunin var mjög vinsæl hjá gömlu konunum, sem þótti hún afar þægileg.

Þemu

Helstu þemu sem tekin voru fyrir voru:

- Líf á stofnun, samskipti við starfsfólk og ættingja, einmanaleiki, einangrun, sorg, svefnleysi, depurð, þunglyndi, kvíði, verkir, höfnunartilfinning, hjálparleysi, dauðinn, sjálfstraust og samskiptin í hópnum.
- Líkamleg vandamál voru einnig þemu í hópnum. Þau helstu voru svimi, þvagleki, hjálpartæki, hægðatregða, mikilvægi hreyfingar og verkanir og aukaverkanir lyfja.

Heimaverkefni

Einstaklingsbundin verkefni. Þau helstu voru:

- Reglulegir göngutúrar á göngum, gera slökunaræfingar, ganga frá óafgreiddum málum, vinna með breytt viðhorf, félagsleg virkni, fara í heimsókn, þjálfra samskipti við aðra vistmenn og ákveðniþjálfun (tjá sig hátt og skýrt, horfa í augu viðmælanda).

Verkefni voru ákveðin á fundum og síðan spurt hvernig gengi með framkvæmdina.

Ferlið

Í upphafi voru þær óöruggar og kvíðnar og til að draga úr þessu verður stjórnandinn að vera mjög virkur og leiða með spurningum og ábendingum til að leitast við að skapa jákvætt og opið andrúmsloft, þar sem hægt væri að ræða mál af hreinskilni. Hið fasta skipulag (strúktúr) og rammi fundanna auðveldar fyrir, á meðan þátttakendur eru að kynnast hver öðrum og byggja upp trúnað. Þær sáu fljótt að hér var vettvangur til að ræða það sem raunverulega skipti þær máli.

Hóperillinn einkennist af því í fyrstu að þátttakendur eru uppteknir af því að fá viðurkenningu stjórnandans og setja hann á stall.

Í miðhluta (6. til 11. fundi) verður umræðan meir á jafningjagrunni og barátta um hver ræður ferðinni. Sjálfstæðið þróast og hlutverkaskiptingin er í forgrunni. Þarna gefst kostur á að reyna aðrar leiðir í samskiptum eftir ábendingum. Stjórnandinn tryggir að öllum sé frjálst að tjá sig og beinir athyglinni að því sem virðist skipta máli hverju sinni í hópferlinu. Hann stígur niður af stallinum.

Í síðasta hluta (12. til 17. fundi) hafa þátttakendur kynnst hver öðrum nánar og hér þróast meiri samkennd. Þátttakendur sýna hver öðrum raunverulega umhyggju og stuðning. Brátt liður að lokum fundanna og þá þarf að nota tíma í sorgarvinnu vegna grúppuslitanna.

Niðurstöður

Þátttakendur voru allir áhugasamir, mættu stundvíslega og fjarvistir voru fáar eða 1-3 skipti vegna veikinda hjá þessum fjölveiku konum. Ein þeirra hætti eftir 10 skipti vegna veikinda, sem ekki voru tengd þessari meðferð. Hún er ekki höfð með í því mati, sem gert var á árangri meðferðar.

- GDS – Geriatric Depression Scale (styttri útgáfan-15 spurningar), sem er mat sjúklingsins sjálfs á þunglyndiseinkennum sínum var lagt fyrir áður en hópmeðferðin hófst og síðan í lok meðferðar. Meðaltalið fyrir meðferð var 5,83 stig (4 – 9 stig) og eftir 3,83 stig (2 – 6 stig). Sjálfsmatið breyttist úr miðlungsalvarlegu þunglyndi í vægt eða ekkert þunglyndi eftir hópmeðferðina.

- MADRS – Montgomery-Aasberg Depression Rating Scale, sem er mat læknisins/ hjúkrunarfræðingsins á þunglyndiseinkennum, var einnig gert fyrir meðferð og í lok meðferðar.

Meðaltalið lækkaði þar úr 21,3 stigum (15 – 30 stig) og í 13,2 stig (9 – 18 stig).

Hérna lækkar meðaltalið líka úr miðlungsalvarlegu þunglyndi og í vægt þunglyndi eða ekkert þunglyndi (<9).

Erfitt er að meta marktækni í svo smáum hópi, en tölfræðilegir útreikningar voru gerðir og var 2-tailed marktækni var 0,022 fyrir GDS og 0,046 fyrir MADRS og telst það marktæk breyting á þunglyndiseinkennum.

Þessar niðurstöður samrýmast okkar tilfinningu, því bæði urðu umræður fjörugri eftir því sem á leið og flestar þessara öldruðu kvenna, sem þátt tóku, voru greinilega mun léttari í lund og virtist líða betur. Um leið og þær komu skýrar fram með sína persónu í hópnum, var eins og sjálfsmat þeirra styrktist. Þær komust að því, að í raun og veru er svo margt, sem þær eiga sameiginlegt og geta lært hver af annarri.

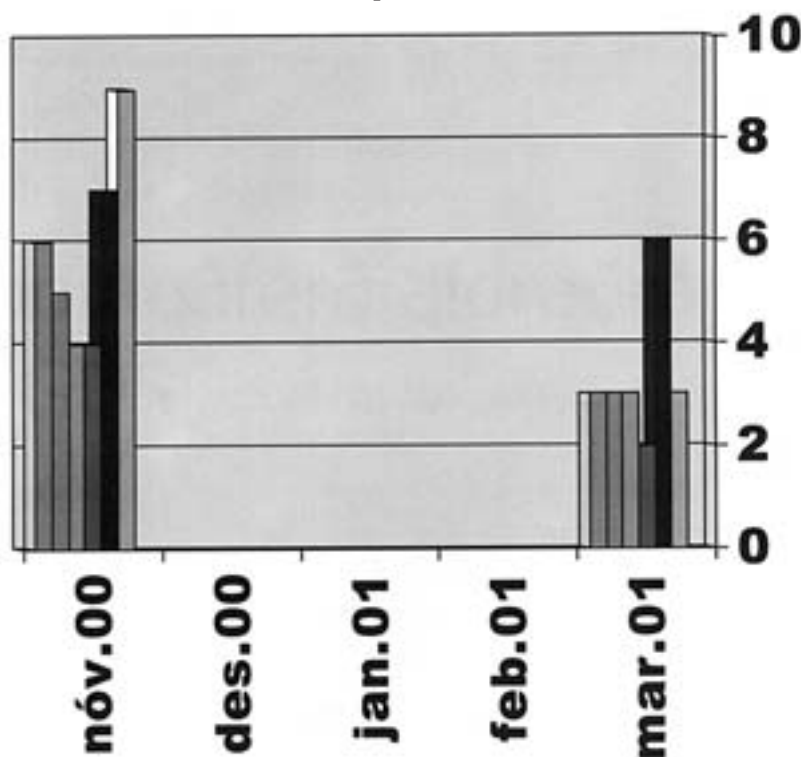
Engar lyfjabreytingar urðu á meðferðartímanum og sérstaklega voru þunglyndislyfin höfð óbreytt á þessum 5 mánuðum.

Á lokafundinum tjáðu þær sig allar um að fundirnir hefðu verið skemmtilegir, enda oft mikil kátina á fundum og hlegið dátt. Þeim þóttu fundirnir líka spennandi og gagnlegir.

Hér er ekki um vísindalega rannsókn að ræða, heldur fyrst og fremst verið að finna meðferðarform,

Hópmeðferð aldraðra GDS

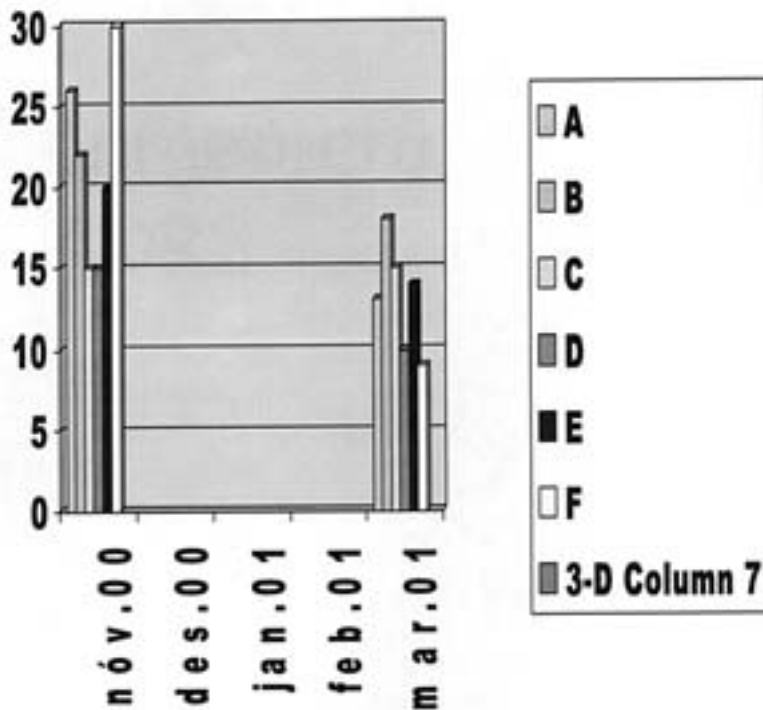
Geriatric Depression Scale



Að meðaltali 5,83 verða að 3,33

Hópmeðferð aldraðra MADRS

Montgomery-Aasberg Depression Rating Scale



Að meðaltali: 22 stig verða 15 stig

sem hentar öldruðum á vistheimili með þunglyndis- og kvíðavanda- mál. Niðurstaðan og klínískt mat okkar Soffíu, gefa eindregnar vís- bendingar um að skammtíma hóp- meðferð með því meðferðarformi, sem notað var hér var notað og lýst er að ofan, hentar vel, sem meðferð við þunglyndi. Auk þess dregur slík meðferð úr einangrun og einmana- leika. Hópmeðferð ætti því að vera kærkomin viðbót við lyfjameðferð í meðferð við þunglyndi aldraðra.

Heimildir

1. H.G.Koenig et al. Assessing Diagnostic Approaches to Depression in Medically Ill. Older Adults. JAGS 43:472-478, 1995.
2. B.D.Lebowitz,J.L.Pearson et a.l. Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life.JAMA Oct.1997-Vol.278, No.14
3. G.S.Alexopoulos et al. Disability in Geriatric Depression.Am.J.Psychiatry 1996 – 153 877-885.
4. D.Koder et al. Cognitive Therapy for Depression in the Elderly.Int.J.Geriatr.Psychi- atry 1996 - 11, 97-107.
5. G.Niederehe. Psychosocial treatments with depressed older adults.
6. S.H.Foulkes Group-Analytic Psychotherapy; Methods and Principels. 1975, London Gor- don and Breach.
7. Sigmund Karterud. Gruppeanalyse og psyk- odynamisk gruppepsykoterapi, Pax Forlag A/S,Oslo 1999.
8. D.S. Whitaker. Using Groups to Help People, London; Routledge & Kegan Paul.
9. I. D.Yalom. The Theory and Practice of Group Psychotherapy, New York:Basic Books 1970.
10. L. L.Sank and C.Shaffer. A Therapist's Manual for Cognitive Behavior Therapy in Groups. Plenum Press.New York 1984
11. I. Burnside. Thmes in Remniscence Groups with Older Women. Int.J.Aging and Human Development,Vol.37(3), 177-189, 1993.
12. E.J.Klausner. Late – Life Depression and Functional Disability: The Role of Goal-Foc- used Group Psychotherapy. Int.J.Ger.Psychi- atry 13, 707 – 716, 1998.

Við styrkjum
Öldrunarfræðafélag Íslands:



Styrkir úr Vísindasjóði

Á aðalfundi Öldrunarfræðafélags Íslands 28. mars síðast liðinn voru veittir styrkir úr Vísindasjóði félagsins. Tvær umsóknir höfðu borist og hlutu báðar afgreiðslu. Þeir sem fengu styrk að þessu sinnu eru:

- Helga Björk Svansdóttir, hlaut kr. 100.000.- til rannsóknar á áhrifum músíkþerapíu á Alzheimerssjúklunga.
- Hanna Lára Steinsson, hlaut kr. 100.000.- til að ljúka rannsókn sem fjallar um félagslega heimaþjónustu aldraðra í heimahúsi.



Erfðarannsóknir á Íslandi...

Hjá Íslenskri erfðagreiningu (www.decode.is) eru stundaðar rannsóknir á erfðafræði algengra sjúkdóma. Þar er unnið úr flóknum ætt- og erfðafræðiupplýsingum með öflugustu tækni sem völ er á og með þeim hætti búnað til afurðir fyrir heilbrigðisgeirann.

...í þágu bættrar heilsu!

Íslensk erfðagreining
Lynghálsi 1
110 Reykjavík
570-1900
www.decode.is
info@decode.is

Þriðja tannsettið!

Íris Bryndís Guðnadóttir,
klínískur tannsmíðameistari og
tanntæknir
Veffang: www.vortex.is/irisbg



*Hvern einasta dag erum við að slíta
tönnunum okkar.*

*Slitið veldur því meðal annars að
mjög fáar manneskjur hafa sínar nátt-
úrlegu tennur allt lífið.*

*Þrátt fyrir góða tannhirðu geta sumar
tennur hreinlega slitnað upp.*

Gervitennur

Að fá gervitennur upplifir fólk mjög mismunandi frá einni manneskju til annarrar. Sumir hafa alls engin vandamál við að venjast gervitönnum en aðrir hafa í stuttan tíma, tal og tyggingarörðugleika.

Það er mikilvægt að gera nauðsynlegar lagfæringar þannig að fólk líði sem best með gervitenurnar og hafa síðan reglulegt eftirlit með tönnunum einu sinni á ári.

Mismunandi er hversu hratt gómurinn rírnar hjá einstaklingi en viðmiðunarregla er að endurnýja gervitennur á u.þ.b. 6-8 ára fresti.

Gangi fólk alltof lengi með gamlar og illa passandi gervitennur getur það haft slæm áhrif á gómstæðið og erfitt getur verið að fá nýjar tennur til að sitja vel.

Yfir 70% 65 ára og eldri eru tannlausir

Margt eldra fólk hefur ekki haft tækifæri til að fá tannviðgerðir á sínum yngri árum. Sérstaklega áttu þeir sem bjuggu úti á landi í erfiðleikum með að fá tannlæknaþjónustu. Það eru því margar ástæður fyrir því að þeir eldri eru tannlausir eða hafa fáar tennur eftir í munninum.

Skólatannlækningar voru aðeins á fáum stöðum og fæstir sem komnir eru yfir 60 ára aldur höfðu reglulega tannskoðun í æsku.

Á að draga út síðustu tennurnar?

Margir halda að þegar aðeins fáar tennur eru eftir í munninum sé best að láta taka þær allar.

Svo þarf ekki að vera. Það getur verið til bóta að hafa stakar tennur og fá tannpart, hann situr oft fastari en heilgómur og fyllir ekki eins mikið í munninn.

Ýmsar aðrar lausnir geta komið til greina þegar um skörð eða bil er að ræða t.d. föst tanngervi, krónu og brú.

Til að smíða brú þarf að slípa burtu hluta af náttúrlegum tönnunum sitthvoru megin við skarðið svo hægt sé að brúa bilið. Til að smíða krónu þarf líka að slípa hluta af tönninni. Til að þetta sé hægt verða rætur tannanna að vera nokkuð heilbrigðar svo hægt sé að byggja á þeim. Þessi valkostur er því ekki alltaf til staðar.

Hvað er partgómur?

Ef fjarlægja þarf nokkrar tennur, er partur oft settur í bilið. Partgómur getur verið stálgómur eða plastgómur með mismörgum tönnum á. Það er mikilvægt að hann falli vel að þeim tönnum sem fyrir eru í munninum, að hann virki vel í tyggingu og líti eðlilega út. Partgómur getur verið einföld lausn á náttúrlegu vandamáli.

Er auðvelt að hafa heilgóm?

Flestir eru fljótir að tileinka sér notkun á efrigóm. En oft getur verið vandamál að halda neðrigóm stöðugum.

Efri tanngómurinn sogast oftast fastur upp í góm-hvelfinguna. En í neðri góm liggur tanngómurinn laus á rima sem getur verið misgóður til að halda honum. Það er því mikilvægt að tanngómurinn falli vel og sé þannig lagaður að kinnar og tunga hjálpi til við að halda gómnum stöðugum.

Margir eiga erfitt með að venjast neðri tanngóm, sérstaklega þeir sem hafa lítinn rima eða slétt gómstæði.

Þá gæti tannplanta verið lausn. Tanplanta má nota í öll hugsanleg bil sem grunn að stökum tönnum, í stór bil sem undirstöðu fyrir tannbrú og til að festa heilgóm.

Sést að maður hafi fengið nýjar gervitennur ?

Það er mjög viðkvæmt mál hjá mörgum ef kunningjar og vinir uppgötva að tennur hafi verið dregnar út og notaðar eru gervitennur.

Taka má mót af náttúrulegu tönnum áður en þær eru dregnar úr svo auðveldara er að líkja eftir þeim og hafa gervitennurnar sem líkastar upprunalegu tönnum.

Gervitennur eru framleiddar í svo náttúrulegum litum og formi að það er oftast hægt að finna tennur sem líkjast þínum eigin. Hafirðu haft sérstaklega dökkar tennur getur þú haft þær dökkar í gervigómunum. Ef þínar eigin tennur eru skakkar, með margar fyllingar, gullinnlegg eða krónu, getur þú fengið það í gervitennurnar.

Gervitennur geta verið svo eðlilegar, að erfitt er að sjá að um gervigóm er að ræða .

- Að hreinsa vel munn og tennur og halda gervitönnum í jöfnu og góðu biti getur verið góð forvörn gegn slímhúðarvandamálum.
- Enginn þarf að nota handsápu til að hreinsa munn og gervitennur í dag.
- Kemísk tannhreinsun er gerð með sérstöku sótt-hreinsiefni sem er í lagi að nota eftir þörfum, en það kemur ekki í staðinn fyrir reglulega og góða tannburstun.

Dagleg krafa.

- Samviskusamleg munnn og gervitannahreinsun er mikilvæg bæði fyrir þig og þá sem þú umgengst. Léleg munnhreinsun þýðir að matarestar liggja og gerjast í munnum. Afleiðingin getur verið andr-emma, áblástur, frunsa, sýking og sveppir.

Lágmarkskrafa:

1. Skolið gervitennur og munn eftir hverja máltíð.
 2. Hreinsið gervitennurnar minnst einu sinni á dag, t.d sótt-hreinsibaði.
 3. Burstið vandlega slímhúð og gervitennur minnst einu sinni á dag með þar til gerðum efnum.
- Ef þið eruð með tannpart þurfið þið að bursta náttúrulegar tennur vel og rétt



Ef heildarsvipurinn á að vera fallegur þarf að taka tillit til hreifanleika varanna og tannsmiðurinn þarf að þekkja rammann, broslínuna og sjá hvernig munnholið myndar ramma umhverfis tennurnar .

Ending gervitanna hvílir á notandanum

Hversu vel sem tennurnar eru unnar er það í höndum notandans hversu vel þær endast þegar til lengri tíma er litið Góð hreinsun á munni og gervitönnum og reglulegt eftirlit er ævinlega mikilvægt ekki síst þegar um gervitennur er að ræða.

Við hreinsun gervitanna skilur á milli tannburstunnar og kemiskrar hreinsunnar. Hægt er að fá sérstaka tannbursta fyrir gervitennur og slímhúð munnsins sem er nauðsynlegt fyrir daglega ummönnum munns og tanna. Notið alltaf sérstakt tannhreinsiefni sem ætlað er sérstaklega fyrir gervitennur. Notið aldrei venjulegt tannkrem með slípmassa það skaðar gervitennurnar.

Tannburstun

Bakteríuskán og munnvatn mynda tannstein sem oft sest á þá fleti sem eru hrjúfir og rispaðir, og ekki nægjanlega vel hreinir. Hægt er að fá sérstakt hreinsiefni (Tannsteinsfjerner) sem leysir upp tannstein og litarefni af gervitönnum. Tóbaksreykingar, kaffi, te, og ýmis matvara litar tennurnar. Vikuleg hreinsun á gervitönnum með tannsteinshreinsi er því nauðsynleg, þá nær tannsteinn og litarefni ekki að festast við gervitennurnar og þær haldast glansandi hreinar.

Til að halda munninum heilbrigðum er nauðsynlegt að bursta gervitennur og munnhol minnst tvisvar á dag með þar til gerðum hreinsiefnum (Proteserens). Ekki er næjanlegt að leggja gervitennur í bleyti í freyðitöflur. Það getur verið gott samhliða tannburstun, en kemur ekki í staðinn fyrir reglulega tannburstun sem þarf að framkvæma minnst tvisvar á dag.

Fljótandi handsápa var notuð þegar hreinsiefni fyrir gervitennur voru ófáanleg, en sá tími er liðinn og í dag þarf enginn að hreinsa munn og gervitennur með handsápu, eins og ráðlagt er á heimasíðu tannlæknafélagsins og tannheilsuvef tannverndarráðs.

Í öllum helstu apótekum landsins fást góð hreinsiefni fyrir munn og gervitennur, framleidd úr náttúrulegum efnum eins og aloe vera, tea tree, og fl. Þessi efni eru framleidd í samvinnu við tannheilsufagfólk í Danmörku sem tryggir hámarks árangur. Tea tree olían hefur verið rannsökuð og reynd af hópi vísindamanna og lækna. Olían vinnur á allt að 13 mismunandi bakteríum, 27 sveppum, m.a. Candia Albertcans, Herpes o.fl. sem eru algengir kvillar í munni.

Náttúrulegar olíur efnanna græða sár, drepa sveppi eru deyfandi, kælandi, sótthreinsandi og örva munnvatnsrennsli. Í efnunum er einnig að finna B- og E- vítamín sem styrkja blóðrennslið og flýta fyrir endurnýjun á slímhimnufrumunum. Þau berast með plastefni tanngómsins til slímhúðar munnsins.

Ef slímhúð munnsins er hrein og gervitönnunum haldið í stöðugu og jöfnu biti með eðlilegu eftirliti og endurnýjun er það ágæt forvörn til að koma í veg fyrir sjúkdóma í munnholi.

Bókasafn og upplýsingamiðstöð LSH Fagbókasafn í öldrunarfræðum

Sameining:

Um síðustu áramót sameinuðust Sjúkrahús Reykjavíkur og Landspítali í eina stofnun, Landspítala-háskólasjúkrahús. Í framhaldi af því voru bókasöfn stofnunarinnar sameinuð 1. ágúst sl. undir heitinu *Bókasafn og upplýsingamiðstöð LSH*. Nýr forstöðumaður og sviðsstjóri Bókasafns og upplýsinga-sviðs er Sólveig Þorsteinsdóttir, bókasafns- og upplýsingafræðingur. Bókasafn og upplýsingamiðstöð LSH sinnir upplýsingaþjónustu á fjórum stöðum: í Fossvogi, á Geðdeild Hringbraut, Landspítala Hringbraut og á Landakoti. Aðalsafnið er á Landspítala Hringbraut, Eirbergi. Starfsemin á Landakoti sem snýr beint að notendum mun verða óbreytt fyrst um sinn.

Þjónusta:

Áfram verður lögð áhersla á að þjóna starfsfólki Öldrunarsviðs LSH og öðrum, sem starfa að öldrunarmálum á landinu. Fólk er velkomið í heimsókn til skrafs og ráðagerða við bókasafnsfræðing.

Nýjungar:

Þeir, sem starfa á LSH og hafa aðgang að heimasíðu stofnunarinnar, munu væntanlega á næstu mánuðum sjá örur breytingar á aðgangi að upplýsingum bókasafnanna.

Nýr vefur er í smíðum fyrir Bókasafn og upplýsingamiðstöð LSH og verða sérstakar síður fyrir upplýsingaþjónustuna í Fossvogi, á Geðdeild Hringbraut, Landspítala Hringbraut og á Landakoti. Kappkostað verður að gera vefinn sem aðgengilegastan fyrir notendur. Þar mun fólk t.d. sjá einn tímarita-lista og krækjur á rafræn tímarit og mun einn aðili sjá um að krækjurnar virki alltaf. Hægt verður að hafa samband við þann aðila, ef vandamál koma upp.

Verkefnisstjórn um aðgang að gagnasöfnum hefur samið um landsaðgang að 31 gagnasafni. Þar er nú að finna rúmlega 6.300 altexta tímarit, alfræðisöfn, orðabækur o.fl. Slóð Verkefnisstjórnar er: www.hvar.is og hvetjum við fólk til að kynna sér hvað þar er í boði. Í vetur mun Bókasafn og upplýsingamiðstöð LSH vera með námskeið í notkun þessara gagnasafna og verða þau vandlega auglýst. Margrét Gunnarsdóttir, bókasafns- og upplýsingafræðingur, sem starfað hefur í Fossvogi, mun annast skipulagningu námskeiðanna. Eftir sem áður mun bókasafnið á Landakoti bjóða safnkennslu fyrir einn, tvo eða þrjá í senn. Gott er að hafa samband fyrirfram og panta tíma.

*Hervör Hólmjárn
bókasafns- og upplýsingafræðingur
heh@landspitali.is*



Vertu frjáls ferða þinna



HTS Hjálpartæki-Stoð Trönuhraun 8 Hafnarfjörður sími: 565 2885
www.stod.is

Faglegar ræstingar á heilbrigðisstofnunum

Þjónusta ISS á heilbrigðissviði

Sjúkrastofnanir
Öldrunarstofnanir
Hjúkrunarheimili
Rannsóknarstofur
Heilsugæslustöðvar
Meðferðarstofnanir
Læknastofur
Sambýli

Ávinningur þess að láta ISS sjá um ræstingar

ISS sér um starfsmannahald
ISS sér um kennslu og þjálfun
ISS sér um áhöld og efni
ISS sér um gæðaeftirlit
ISS sér um að mæla árangur
ISS tryggir sveigjanleika
ISS veitir öryggi við afhendingu þjónustu
ISS tryggir fagleg vinnubrögð

ISS Ísland ehf. er stærsta ræstingarfyrirtæki á Íslandi, með yfir 20 ára reynslu. Hjá ISS starfa um 550 manns í Reykjavík, Akureyri, Akranesi og Þorlákshöfn við ræstingar, þrif og hreingerningar í hundruðum fyrirtækja og stofnana á hverjum degi. ISS Ísland þjónustar fjölda stofnana á heilbrigðissviði. Unnið er skv. skilgreindu gæðakerfi og framkvæmdar árangursmælingar sem tryggja fagmannleg vinnubrögð og öryggi við afhendingu þjónustu.



Hafðu samband - það getur borgað sig

Ármúla 40, Reykjavík, s-5800600
Tryggvabraut 10, Akureyri, s-4606261

Samskipti aðstandenda og starfsfólks á hjúkrunarheimilum

Dr. Margrét Gústafsdóttir
dósent í hjúkrunarfræði við HÍ



Margrét Gústafsdóttir lauk doktorsprófi frá School of Nursing, University of California, San Francisco í lok ársins 1999. Aðalleiðbeinandi hennar í náminu var dr. Catherine A. Chesla, hjúkrunarfræðingur og var hún jafnframt formaður þeirrar nefndar sem bar ábyrgð á ritgerðarskrifunum (Committee in Charge). Aðrir í nefndinni voru dr. Patricia Benner hjúkrunarfræðingur og dr. Margaret Wallhagen hjúkrunarfræðingur. Dr. Sharon R. Kaufman mannfræðingur sat að auki í s.k. „Qualifying Examination Committee“ (nefnd sem prófar hæfni stúdents til þess að vinna að doktorsritgerð), en formaður þeirrar nefndar var dr. Patricia Benner. Margrét hlaut styrki til námsins frá Kaliforníuháskóla, San Francisco og styrki til rannsóknarinnar frá Rannsóknarsjóði Háskóla Íslands og Öldrunarráði Íslands.

Doktorsritgerð Margrétar fjallar um samskipti aðstandenda og starfsfólks á hjúkrunarheimilum og áhrif þeirra á umönnun. Um er að ræða túlkandi- fyrirbærafræðilega rannsókn. Í rannsókninni tóku þátt 15 aðstandendur og 16 hópar starfsfólks (4-5 starfsmenn í hverjum hóp). Tekin voru tvö viðtöl við hvern aðstandenda og eitt viðtal við hvern hóp starfsfólks. Þá voru gerðar vettvangsathuganir á átta deildum á þeim þrem hjúkrunarheimilum á Stór-Reykjavíkursvæðinu sem rannsóknin tók til og var m.a. rætt formlega og óformlega við heimilisfólk og starfsfólk.

Niðurstöður sýna að aðstandendurnir sem þátt tóku í rannsókninni leitast við að setta sig við stofnun- arvistun nákomins fjölskyldumeðlims með því að halda áfram að eiga hlut að lífi hins aldraða með reglulegum heimsóknnum. Heimsóknir þeirra hafa ákveðna formgerð sem skapar grundvöll fyrir samveru og gefur heim-

sóknartímanum innihald og merkingu. Þessir aðstandendur hafa lært „að höndla heimsóknir“ í heimi þar sem óumflýjanleg afturför íbúanna setur svip sinn á aðstæður.

Fjölskyldubönd, kringumstæður aðstandenda og sýn fjölskyldunnar á aðstæður hins aldraða hafa áhrif á þátttöku fjölskyldunnar í umönnun. Í ritgerðinni er sýnt fram á hvernig fjölskyldan tekur þátt í umönnun á mismunandi máta með sex dæmum um hlutdeild hennar í umönnun (paradigm cases). Í hverju dæmi er gerð grein fyrir upplifun fjölskyldunnar á umönnun og samskiptum hennar við starfsfólkið, hlutdeild fjölskyldunnar í umönnun hins aldraða og viðbrögð starfsfólks við slíku innleggi. Mismunandi bragur er á hlutdeild fjölskyldu í umönnun. Þessi mismunandi bragur ræðst fyrst og fremst af því marki sem umönnun líkamans er aðgreind og talin tilheyra starfsvettvangi hjúkrunar- fólksins gagnstætt umönnun fjölskyldunnar sem snýr að sjálfi hins aldraða.

Bæði fjölskyldan og starfsfólkið hefur tilhneigingu til þess að líta svo á að það séu mörk milli þeirrar umönnunar sem hvor aðili um sig innir af hendi. Starfsfólkið tekur að takmörkuðu leyti upp með fjölskyldunni ýmsa þætti er snerta umönnun, en er vissulega móttækilegt fyrir því sem fjölskyldan bryddar upp á.

Niðurstöður þessarar rannsóknar sýna að fjölskyldan sem kemur í heimsókn á hjúkrunarheimili heldur verndarhendi yfir hinum aldraða og vakir yfir líðan hans og öllum viðbrögðum við aðstæðum. Það er því mikilvægt að starfsfólk á hjúkrunarheimilum gefi slíkri verndarhendi fjölskyldunnar gaum sem skyldi, og vinni með henni að velferð hins aldraða.

Líðsmenn Öldrunar spurðu Margréti nokkurra spurninga varðandi rannsóknarniðurstöður.

Hvaða niðurstöður komu þér mest á óvart?

Í raun kom mér mest á óvart hve aðstandendur sem komu reglulega í heimsókn á þau hjúkrunarheimili sem þátt tóku í rannsókninni lögðu mikið á sig og sýndu mikla seiglu við að sinna sínum oft dag frá degi og höfðu gert um langan tíma eða í a.m.k ár. Þá fannst mér afar athyglisvert að átta mig á því á hvaða hátt aðstandendur formgerðu heimsóknir sínar og gáfu þeim inntak með því móti. Það kom mér t.d. á óvart annars vegar hvað heimsóknir þessara aðstandenda voru í föstum skorðum og svo hins vegar hvernig þeim tókst að verja heimsóknartímanum með ættingja sínum á innihaldsríkan máta.

Hvað starfsfólkið áhræði kom mér á óvart hvað þeim fannst mikilvægt að leyfa aðstandendum að vera óáreittir með ættingja sínum meðan á heimsókninni stóð. En þessi afstaða gerði það að verkum að starfsfólk sýndi lítið frumkvæði í samskiptum við aðstandendur og það kom mér eiginlega á óvart að samskiptin væru ekki meiri en raun bar vitni á sumum deildum.

Hvernig samskipti aðstandenda og starfsfólks hjúkrunarheimila koma best út fyrir vistmanninn?

Um var að ræða túlkandi fyrirbærafræðilega rannsókn, en í slíkum rannsóknum er ekki miðað að því að sýna fram á að ákveðin samskipti aðstandenda og starfsfólks komi betur eða verr út fyrir vistmann en önnur.

Aftur á móti var í ljósi slíks rannsóknarsniðs miðað að því að greina hvaða merkingu mismunandi háttur á samskiptum aðstandenda og starfsfólks hjúkrunarheimila felur í sér fyrir umönnun og vellíðan hins aldræða. Aðstandendur bregðast mismunandi við þeim aðstæðum sem hjúkrunarheimilistvistun felur í sér og bera sig mismunandi að við að sinna sínum. Þeir hafa einnig mismunandi afstöðu til umönnunar og samskipta við starfsfólkið. Viðbrögð starfsfólks við afskiptum aðstandenda af umönnun og afstaða þess til samskipta við þá er líka mismunandi. En greining og túlkun rannsóknargagna eða viðtala við báða aðila leitaðist við að varpa ljósi á merkingu mismunandi afstöðu og þess háttar sem hafður var á í samskiptum. Jafnframt var leitast við að sýna fram á hvað þátttakendur áttu sammerkt í afstöðu sinni og samskiptum eða hvað setti þá sérstaklega á skjön við aðra. T.d. kom í ljós að aðstandendur aldræra heimilismanna sem farnir voru aða tapa minni og förlast hugsun áttu það flestir sameiginlegt að meta mikils að fá heyra frá starfsfólkinu hvernig hlutirnir gengju fyrir sig hjá ættingja sínum í dagsins önn. Á hinn bóginn reyndist það undantekning þegar miklir árekstrar settu mark sitt á samskipti aðstandenda og starfsfólks. En merkingu slíkra frávika er þó mikilvægt að gera góð skil við túlkun til þess að átta sig á hvað gerir það að verkum að slíkar aðstæður skapast á deild.

Var munur á hjúkrunarheimilunum þremur m.t.t. vinnuáðferða eða starfsmannastefnu?

Það var talverður munur á hjúkrunarheimilunum hvað þetta varðar og í raun merkilega mikill munur á milli deilda á hverju hjúkrunarheimili fyrir sig, en þessi munur á milli deilda var þó minnst áberandi á einu heimilanna. Deildarstjóri gegnir að sjálfsögðu lykilhlutverki í starfi deildar og ræður miklu um það hvaða augum starfsfólkið lítur á heimilisfólkið og umönnun þess og þá hvernig vellíðan þess verður best tryggð. Annað sem virtist skipta meginmáli var samstarf mismunandi starfstétta og samræða þeirra á milli um umönnun og líðan heimilisfólksins. Gæði umönnunar voru eftirtektarverð á deildum þar sem samræða jafnframt stöðugu samráði um umönnunina átti sér stað

meðal hjúkrunarfræðinga, sjúkraliða og starfsfólks við aðhlyningu. Aftur á móti var eitt og annað sem virtist mega betur fara á þeim deildum þar sem voru skörp skil milli þeirra verka sem mismunandi starfshópar inntu af hendi. Það virtist skipta máli á deildunum, ef allir réttu hendi sama hvaða verk væri verið að vinna. Það var og greinilegt að það gerði mikinn mun ef hjúkrunarfræðingar á deildinni voru virkir í miðri hringiðunni og tóku þátt í samræðum um það hvernig best væri að standa að verki eða bregðast við mismunandi líðan fólksins í þessu daglega bardúsi á deildum.

Varðstu vör við slæma mönnun og þá e.t.v. áhrif þess á samskipti?

Við gagnasöfnunina var leitað til hjúkrunarheimila þar sem mönnun var tiltölulega góð á þeim tíma sem rannsóknin fór fram. Forsendur rannsóknarinnar voru m.a. þær að ekki væri hægt að gera ráð fyrir samskiptum sem skiptu máli fyrir umönnun, ef mönnun væri slæm. Það kom líka á daginn að aðstandendur vísuðu til þess að þeir veigruðu sér við að íþyngja starfsfólki með því að taka eitthvað upp með því þegar mikið var að gera, sem þeim sýndist nú vera mestan partinn. Eins vísaði starfsfólk iðulega til þess að þó það gjarnan vildi þá væri lítið svigrúm til þess að gefa sig að aðstandendum.

Hvað þarf til að samskipti aðstandenda og starfsfólks hjúkrunarheimila séu sem mest uppbyggjandi fyrir alla aðila?

Það skiptir fyrst og fremst miklu máli að starfsfólk ekki hvað síst forráðamenn stofnana skilji hvað heimsóknir aðstandenda skipta miklu máli fyrir vellíðan heimilisfólksins og í raun alla starfsemi á hjúkrunarheimilinu. Þá er annars vegar nauðsynlegt að starfsfólkið búi yfir þekkingu á því á hvaða hátt það getur auðveldað aðstandendum heimsóknir og gert þær ánægjulegri fyrir alla aðila. Og hins vegar þarf starfsfólkið að búa yfir þekkingu á því í hvaða efnum aðstandendur geta miðlað starfsfólki ýmiss konar vitneskju sem skiptir máli fyrir líðan hins aldræða og ennfremur hvernig það getur nýtt sér slíka þekkingu í umönnun sinni. En til þess þarf einnig þann tíma og svigrúm sem komin er undir nægjanlegri mönnun samanber svarið hér að ofan. En nægjanleg og vönduð mönnun á öldrunarstofnunum er yfirhöfuð forsenda „uppbyggjandi“ þjónustu á hjúkrunarheimilum eða þjónustu sem stuðlar svo vel sé að vellíðan hin aldræða.

Við styrkjum Öldrunarfræðafélag Íslands:



Pharmaco

Ýmsar ráðstefnur í öldrunarfræðum

30. September – 3. Október 2001
„Improving the Business of Healthcare“
Lake Buena Vista, Florida, U.S.A.
Sjá vefsíðu: www.geron.org/calendar.htm

18. – 22. Október 2001
„Annual Convention of the National Gerontological Nursing Assosiation“
Denver, Colorado, U.S.A.
Upplýsingar: NGNA Sími: (850) 473-1174
Sjá vefsíðu: www.geron.org/calendar.htm

25. – 27. Október 2001
17th Alzheimer's Disease International Conference
Christchurch, New Zealand.
Upplýsingar:
Sími: +64 3 364 2534
Fax: +64 3 364 2057
E-mail: alz@cont.canterbury.ac.nz
Vefsíða: www.conference.canterbury.ac.nz/alzheimer2001

6. – 11. Nóvember 2001
„Families, Stress and Coping: Bridging Theory and Practice“ – 63rd National Council on Family Relations (NCFR) Annual Conference.
Hyatt Regency Rochester and Riverside Convention Center
Upplýsingar:
E-mail: wintersc@ncfr.org
Heimasíða: www.ncfr.org/conference/info/index.asp

2. – 3. Desember 2001
NorAge: Genetics and Dementia
7th Congress of Nordic Society for Research in Brain Ageing
Ósló, Noregi.
Upplýsingar:
Arnfinn Eek, P.O. Box 64, N-3107 Sem, Norway
Sími: +47 33 34 19 56
Fax: +47 33 33 21 53
E-mail: arfinn.eek@nordemens.no

25. – 28. Maí 2002
16. Nordiske Kongres i Gerontologi „Aldring og individualitet“
Árósar, Danmörk.
Upplýsingar: Dansk Gerontologisk Selskab
Aurehøjvej 24, DK-2900 Hellerup
Sími: + 45 3962 7627
Fax: + 45 3962 6627
E-mail: dgs@geroinst.dk

4. – 7. Apríl 2002
„Crossing the Great Divide“ Joint conference of the National Council on the Aging and American Society on Aging.
Adam's Mark Hotel, Denver, Colorado, U.S.A.
Upplýsingar:
ASA Sími: (415) 974-9600
E-mail: info@asaging.org

Við styrkjum Öldrunarfræðafélag Íslands:

Reykjavík:

Verzlunarmannafélag Reykjavíkur
Hrafnista D.A.S.
Skjól
Blindrafélagið
Droplaugarstaðir
Hlíðabær
Útfararstofa kirkjugarðanna
Bændasamtök Íslands
Félags- og þjónustumiðstöð
Félagsstarf aldraðra
Félagsþjónustan í Reykjavík
Múlabær
Seljahlíð, heimili aldraðra
Seljakirkja
Hampiðjan hf.
Faxavélar ehf.
Reiknistofa bankanna
Tryggingastofnun ríkisins
Seltjarnarnes
Seltjarnarneskaupstaður

Kópavogur:

Félagsþjónusta Kópavogs
Kópavogsbær
Sunnuhlíð

Hafnarfjörður:

Hafnarfjarðarbær
Sólvangur hjúkrunarheimili

Bessastaðahreppur:

Bessastaðahreppur

Grindavík:

Þorbjörn Fiskanes hf.

Garður:

Dvalarheimili aldraðra Suðurnesjum
Garðvangur
Gerðahreppur

Njarðvík:

Hitaveita Suðurnesja

Akranes:

Akraneskaupstaður
Sementsverksmiðjan hf.
Innri-Akraneshreppur
Skilmannahreppur

Borgarnes:

Borgarbyggð
Dvalarheimili aldraðra
Skorradalshreppur

Stykkishólmur:

St. Fransiskuspítalinn

Grundarfjörður:

Fellaskjól

Búðardalur:

Hjúkrunar og dvalarheimilið Fellsenda

Króksfjarðarnes:

Reykhólakreppur

Ísafjörður:

Ísafjarðarbær

Brú

Bæjarhreppur

Hólmavík:

Hólmavíkurhreppur

Hvammstangi:

Heilbrigðisstofnun Hvammstanga

Blönduós:

Heilbrigðisstofnunin Blönduósi
Bólstaðarhlíðarhreppur
Sveinsstaðahreppur

Siglufjörður:

Heilbrigðisstofnunin Siglufirði
Siglufjarðarkaupstaður

Akureyri:

Akureyrarbær
Hlíð, dvalarheimili
Arnarneshreppur

Ólafsfjörður:

Heilsugæslustöðin Hornbrekka

Húsavík:

Langanes hf.
Tjörneshreppur

Kópasker:

Öxarfjarðarhreppur

Þórshöfn:

Þórshafnarhreppur

Eskifjörður:

Heilbrigðisstofnun Austurlands
Hulduhlíð, heimili aldraðra

Fáskrúðsfjörður:

Dvalarheimili aldraðra

Höfn:

Hafnarapótek
Heilbrigðisstofnun Suðausturlands

Selfoss:

Árborg
Hraungerðishreppur
Þingvallahreppur

Stokkseyri:

Kumbaravogur ehf.

Hella:

Lundur hjúkrunar og dvalarheimili
Djúpárhreppur

Vík:

Hjallatún, dvalarheimili

Vestmannaeyjar:

Vestmannaeyjabær

DVALARHEIMILIÐ
— ÁS —
HVERÐAGERÐI

AstraZeneca 
annt um líf og liðan



Fullorðinsfræðsla í 62 ár DAG- OG KVÖLDNÁMSKEIÐ

FRAMANDI TUNGUMÁL

Hollenska, þýska, franska, ítalska, spænska, portúgalska, tékkneska, rússneska, og arabíska.

VERKLEGAR GREINAR, SKÖPUN, FYRIRLESTRAR OG NÁMSHRINGIR

Glerlist, þróðanámskeið, myndþróun, hekl, húsgagnaviðgerðir, olíumálun og skopmyndateikning. Ritlist – skapandi skrif, Feng Shui og fót, Hugrækt, Bragfræði og söngtextagerð, Vísnaðgerð

SÉRTILBOÐ FYRIR ALDRAÐA Enska og tölvukennsla.

INNDRITUN Í MIÐBÆJARSKÓLA,
FRÍKIRKJUVEGI 1
KL. 9-19 DAGANA 6.-19. SEPTEMBER 2001.

Kennsla hefst 24. september.

Upplýsingar í síma: 551 2992

Netfang: nfr@namsflokkan.is,

Heimasíða: <http://www.namsflokkan.is>

Kennt verður í Miðbæjarskóla, Mjódd, Þönglabakka 4
og Miðgarði Grafarvogí

SVO LENGI LÆRIR SEM LIFIR

maxil® náttúruleg hreinsiefni fyrir gervitennur og munn

Aloe vera,
tea-tree og fl.
náttúruafurur



MAXIL FRAMLEIÐIR:

- Fjótandi tannþápu
- Tannsteinshreinsi
- Tannburstasett
- Krem við særindum
- Tannlíml, fljótandi og duft
- Box

maxil® fæst í flestum apótekum

Umboð: AÐAL-TANNSMÍÐASTOFAN
Sími 552 5511, www.vortex.is/irisbg

SBA - NORDURLEIÐ Hafnarstræti 82 • Akureyri

HÓPFERÐIR

Hópfæðabílar frá 9 til 66 farþega.
Sjónvarp, mynd-bandstæki,
hallandi sæti
og önnur
þægindi.



ÁÆTLUN

Akureyri - Reykjavík
Akureyri - Mývatn
Akureyri - Húsavík -
Raufarhöfn - Þórshöfn
Akureyri - Egilsstaðir

www.sba.is

Akureyri:

Sími: 462 3510 Fax: 462 7020

Reykjavík:

Sími: 551 1145 Fax: 562 6550

Tölvupóstur: sba@sba.is

Aricept - Pfizer

TOFLUR; R. 0. Hver tafla inniheldur: Donepezilum INN, hýdróklóríð, 5 mg eða 10 mg, samsvartandi Donepezilum INN 4,56 mg eða 9,12 mg. Töflurnar innihalda hjálparefnið mjólkursýkur (laktósa). **Ábendingar:** Lyfð er ætlað til einkennamefnafræðar á vægum eða meðalsvæðnum Alzheimerssjúkdómi. **Skammtar og lyfjagjöf:** Fullorðnir/aldraðir: Upphafsskammtur er 5 mg einu sinni á dag. Lyfð á að taka inn að kvöldi rétt fyrir svefn. Halda skal 5 mg skammti óbreyttum í a.m.k. einn mánuð til að unnt sé að meta fyrstu áhrif meðferðarinnar svo og til að ná stöðugri donepezil þétti. Þegar klínískt mat hefur verið lagt á meðferð fyrsta mánuðinn með 5 mg á dag má auka skammt af donepezil í 10 mg einu sinni á dag. Hámarksskammtur sem mált er með 10 mg á dag. Þegar lyfjamefnið er hætt dregur smám saman úr þeim gagnlegu áhrifum sem donepezil hefur. Ekkert bendir til versnunar sjúkdómsins sé lyfjamefnið hætt skyndilega. **Skert nýrna- og lifrarstarfsemi:** Fylgja má sömu skammtaleiðbeiningum fyrir sjúklinga með skerta nýrnastarfsemi eða væga til meðal-skerta lifrarstarfsemi, þar eð þessir sjúkdómar hafa ekki áhrif á klerans donepezils. **Börn:** Lyfð er ekki ætlað börnum. **Frábendingar:** Lyfð á ekki að gefa sjúklingum með þekkt ófsemi fyrir donepezil, píperídalmeiðum eða öðrum innihaldsefnum lyfjaförmsins. Þungun er frábending við notkun Aricept. **Varnabaráttur og varðbærar:** Meðferð skal ákveðin og með henni fylgst af lækni, sem hefur reynslu í greiningu og meðferð á Alzheimerssjúkdómi. Greining sjúkdómsins skal gerð samkvæmt viðurkendum leiðbeiningum (t.d. DSM IV, ICD 10). Meðferð með donepezil skal því aðeins hafin að einhver nákominn sjúklingi eða annar umunnunaraðili sé tilbúinn til þess að stjórna töku lyfnsins nákvæmlega. Meta skal hvort hætta á meðferðinni er ekki sjálf lengur merki þess að hún hafi klínísk áhrif. Ekki er hægt að sjá fyrir svörum hvers einstaklings við donepezil. Notkun donepezils hjá sjúklingum með Alzheimerssjúkdóma á háu stigi, andlega hnignun af öðrum toga eða skert minni (t.d. skilvitilega skerðingu fyrir aldurs sakir) hefur ekki verið rannsökuð. **Svefngætt:** Þar sem donepezil er kólnesterahefni mun það að öllum líkindum auka vöðvaslakandi verkun súxametónílyfja meðan á svefningu stendur. **Hjarta- og aðakerfi:** Vegna lyfjafræðlegrar verknar kólnesterahefni geta þeir haft kolínervirki áhrif á hjartsláttartíðni (t.d. valdið hæðum hjartslátti). Líkur á þessari verkn getur einkum skipt máli fyrir sjúklinga með „síkk-sínus“ heilkenni eða aðrar ófleysgileis leiðnirufanir í hjarta eins og t.d. SA leiðslurót eða gátta-slegla rof. Greint hefur verið frá tilvikum um yfirlið og krampaköst. Þegar rannsakast eru sjúklingar sem verða fyrir slíku er mælt með því að hugað sé að leiðnirufunum í hjarta (heart block) og löngum hléum (sinus pauses). **Meltingarætti:** Hjá sjúklingum, sem auknar líkur eru á að fái magasár, skal fylgst með einkennum þar um, t.d. hjá þeim, sem hafa sögu um magasár eða sjúklingum, sem samtímis taka inn blöggueðandi gigtarlyf. **Þvagfæri:** Kólnervirki efnis geta valdið þvaglátaregðu enda þótt það hafi ekki komið fram í klínískum rannsóknum með donepezil. **Tangakerfi:** Krampaköst: Nokkrar líkur eru á að kólnervirki efnis geti valdið krampaköstum (útbreiddum rykkjálkrömpum). Hins vegar geta krampaköst einnig verið afleiðing Alzheimerssjúkdómsins. **Lungu:** Vegna kólnervirkrar verknar kólnesterahefni skal gæta varðar við notkun þeirra hjá sjúklingum með sögu um astma eða lungnatoppu (obstructive pulmonary disease). Forðast skal notkun donepezils samtímis öðrum asetýlkólnesterahefnum eða öðrum sem örva eða hema kólnervirka kerfi. **Milliverkanir:** Rannsóknir *in vitro* hafa sýnt, að cytókrom P450 isoenzymín 3A4 og 1 minna mæli 2D6, hafa áhrif á umbrot donepezils. Rannsóknir á millverkunum, sem gerðar hafa verið *in vitro* sýna, að ketónázól, sem hamlar CYP3A4 og kinínin, sem hamlar CYP2D6, hindra umbrot donepezils. Þau geta því hindrað umbrot donepezils eins og aðrir CYP3A4 hamlar eins og t.d. ítrakónazol og erytrómýsín og CYP2D6 hamlar eins og t.d. flúoxetín. Í rannsókn á heilbrigðum einstaklingum jókst þétti donepezils um 30% að meðaltali þegar ketónázól var gefið samtímis. Enzymhvæjandi efnis, eins og t.d. rifampín, fenýtín, karbamazepín og etanól, geta lækkað blöðþétti donepezils. Þar sem ekki er vitað hversu mikil hamlandi eða hvefandi verkin eru, skal fara varlega í að nota blöndur þessara efna. Donepezil getur haft áhrif á verkn andkólnervirkra lyfja. Jafnframt eru samverkandi áhrif hugsanleg við samtímis meðhöndlun með öðrum eins og t.d. súxametóní, öðrum vöðvaslakandi-/lamandi efnum, kólnervirku lyfjum eða beta-blokkum, sem hafa áhrif á leiðslu hjartans. **Meðgang og brjóstgjöf:** **Notkun á meðgöngutíma:** Aricept á ekki að nota. **Notkun við brjóstgjöf:** Ekki er vitað hvort donepezil skilist út í brjóstamjólk kvenna og engar rannsóknir hafa verið gerðar á konum með börn á brjósti. Konur sem nota Aricept eiga því ekki að hafa barn á brjósti. **Aukaverkanir:** Algengustu aukaverkanirnar (tönn ≥ 5%) voru niðurgangur, sínadráttur, þreyta, ógleði, uppköst og svefntruflanir. Aðrar algengar aukaverkanir (tönn ≥ 5%) voru höfuðverkur, verkir, óhöpp (sýs), kevl, óþægindi í kvíðarholi og svinn. Vindfið, hægsláttur og órsjaldan hefur verið greint frá hnots- og gáttaeðlsu (sinusoidal block), gátta-slegla rofi og krömpum. Einstöku tilvik eru skráð um skerta lifrarstarfsemi þ.m.t. lifrabólgu. Ef skert lifrarstarfsemi af óþekktri orsök kemur fram þarf að huga að hætta notkun Aricept. Eftir að lyfð var sett á almennan markað hefur verið greint frá geðrænum truflunum hjá sjúklingum, þ.m.t. ofskynjunum, ásing og árársárneigð, en þessi einkenni hafa horfið þegar skammtar hafa verið lækkaðir eða meðferð hætt. Einnig hefur verið skýrt frá lystarleysi, maga- og skelfugarnarsári og blæðingum frá meltingarvegi. Smávægileg aukning á blöðþétti kreatínínkinasa frá vöðum hefur sést. **Óskömmun:** Óskömmun kólnestera hefla getur leitt til kólnervirkrar verknar, sem einkennist af svæðinni ógleði, uppköstum, aukinni munvatnsmyndun, aukinni tilhneigingu til að svitna, hæðum hjartslátti, lágrýsting, óðunnarsleitun, losi og krömpum. Aukinn vöðvaslappléki er hugsanlegur og nái hann til vöðva í öndunarferum getur verið leitt til dauða. Eins og ávallt við óskömmun skal beita almennri einkennamefni. **Lyfhrif:** Donepezil er sérhæfður og átturkræfur heimili á asetýlkólnestera, sem er ríkjandi kólnestera heilans. Donepezil hefur *in vitro* meira en 1000 sinnum meiri hömlun á þetta enzym en bítýrýlkólnestera, en það er enzym sem einkum finnst utan miðtaugakerfisins. **Pökkunsgæðir og verð** (1. ágúst, 2001): **Töflur 5 mg:** 28 stk. (þynnupakkað), verð: 12.545 kr., 98 stk. (þynnupakkað), verð: 38.063 kr. **Töflur 10 mg:** 28 stk. (þynnupakkað), verð: 15.025 kr., 98 stk. (þynnupakkað), verð: 45.958 kr. **Að ákveðnum skilyrðum uppfylltum** og að fenginni úmsökn frá sérfræðingum í geðlækningum, taugalækningum og öldrunarlækningum getur Tryggingastofnun ríkisins gefið út lyfjaskírteini sem veitir heimild til greiðsluþátttöku samkvæmt merkingunni E. Nánni upplýsingar um lyfð er að finna í sérlyfjaskrártexsta samþykktum af Lyfjafénið ríkisins 1. febrúar 2000.

ARICEPT®
Auðvelt að muna.
Einu sinni á dag.

Aricept® er ætlað til einkenna-meðferðar á vægum til meðalsvæsum einkennum Alzheimers-sjúkdóms. Lyfið bætir almenna líðan og vitræna starfsemi í rannsóknum samanborið við lyfleysu.²⁾

Helstu kostir Aricept®:

- Það er gefið einu sinni á dag
- Það má taka með eða án fæðu
- Byrjunarskammtur er áhrifaríkur skammtur.

Aricept® er Z merkt í Sérlyfjaskránni og er takmarkað við að geðlæknar, öldrunarlæknar og taugalæknar skrifi það út.

Heimildir:

1) Sérlyfjaskrártexti 2001.

2) Drugs & Aging 1997 March; 10 (3) 234-241.



Fyrir 70 árum var hún stolt af því að
geta reimað skóna sína sjálf

Nú man hún ekki lengur hvernig það er gert



Lyfjafyrirtækið Novartis vinnur að rannsóknum og þróun nýrra
lyfja m.a. við Alzheimers sjúkdómi

 **NOVARTIS**
-þekking í þágu lífs